

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA PEDAGOGICKÁ KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Týmová spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků
s kombinovaným postižením v základní škole speciální

The teamwork in the process of communication ability
development of children with multiple disability in special
elementary schools

Rigorózní práce

Autorka rigorózní práce: Mgr. Jana Melicharová, DiS.

Vedoucí rigorózní práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Rok dokončení rigorózní práce: 2011

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Souhlasím s poskytnutí této práce ke studijním účelům.

V Praze dne 19. listopadu 2011

Podpis:

Děkuji vedoucí rigorózní práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování daného tématu. Dále děkuji všem ředitelům, speciálním pedagogům-logopedům za jejich ochotný přístup při shromažďování potřebných dat.

Anotace

Rigorózní práce v teoretické části vymezuje základní podstatu a funkci komunikace, motivaci ke komunikaci. Dále informativně seznamuje s narušenou komunikační schopností, strategií při terapii a terapeutickými metodami využívanými v logopedii. Následně je vymezen pojem žák s kombinovaným postižením, podmínky a cíle edukace v základní škole speciální s bližším zaměřením na problematiku rozvoje komunikační schopnosti žáků. Stěžejním tématem rigorózní práce je týmová spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u zmíněných žáků, kdy jsou vymezeny kompetence členů týmu a možné typy spolupráce. Na základě dotazníkového šetření je předložena analýza současné realizace týmové spolupráce, podíl odborníků z resortu školství a zdravotnictví, účel a intenzita spolupráce na vybraných základních školách speciálních v ČR. V doporučení pro praxi je předložen návrh možnosti realizace týmové spolupráce.

Klíčová slova:

alternativní a augmentativní komunikace

individuální logopedická terapie

individuální vzdělávací plán

klíčové kompetence

komunikace

narušená komunikační schopnost

terapeutické metody

týmová spolupráce

žák s kombinovaným postižením

Annotation

The Rigorosum thesis in its theoretical part defines the basis and function of communication as well as motivation to communication. It also gives information on disturbed communication abilities, strategy during the therapy and therapeutic methods used in logopedics. The term pupil with multiple disability is defined, and conditions and objectives of education in special elementary school closely focused on the development of communication abilities of the pupils outlined. Teamwork on developing communication skills of the schoolchildren, along with definition of the competences of the members of the team and possible types of cooperation represent the principal topic of the thesis. Analysis of the current implementation of teamwork, participation of experts from education and health care departments, as well as the purpose and intensity of cooperation in selected special elementary schools in Czech Republic is presented, based on the questionnaire survey. A proposal of the implementation of teamwork in practise is finally presented.

Key words:

alternative and augmentative communication

individual logopaedic therapy

individual education plan

key competencies

communication

disturbed communication ability

therapeutic methods

teamwork

schoolchild with combined disabilities

Obsah

Úvod	9
------------	---

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Podstata komunikace	11
1.1. Motivace a funkce komunikace	13
1.2. Překážky v realizaci komunikace	13
2. Narušená komunikační schopnost	15
2.1. Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti	15
2.2. Klasifikace podle symptomu	16
2.2.1. Diagnostika dysartrie	18
2.3. Strategie při terapii	19
2.3.1. Zásady rozvoje hybnosti u dětí s centrálními poruchami	21
2.3.2. Zásady logopedická péče	24
2.3.3. Důsledky narušené komunikační schopnosti	24
3. Terapeutické metody využívané v logopedii	26
3.1. Fyzioterapeutické metody a koncepty	26
3.2. Terapeutické metody	31
3.3. Příklady expresivní terapie	32
3.4. Podpůrné metody, didaktické koncepce	33
4. Žák s kombinovaným postižením	35
4.1. Vymezení pojmu žák s kombinovaným postižením	35
4.2. Společné charakteristické znaky žáků dané základní diagnózou	39
4.3. Formy DMO podle příznaků	41
4.4. Obtíže žáků v komunikačních schopnostech	44
5. Vzdělávání žáků s kombinovaným postižením v ZŠS se zaměřením na rozvoj komunikační schopnosti	47
5.1. RVP, podmínky a cíle edukace	47
5.2. Vzdělávací oblast Člověk a komunikace	53
5.2.1. Individuální logopedická terapie	54

5.3.	IVP u žáků s kombinovaným postižením	57
6.	Alternativní a augmentativní komunikační systémy	59
6.1.	Diagnostika	59
6.2.	Klasifikace AAK	61
7.	Týmová spolupráce	64
7.1.	Pojetí týmu	64
7.2.	Týmová spolupráce – zaměření na rozvoj komunikační schopnosti	65
7.3.	Podstata týmové spolupráce v jednotlivém období věku dítěte	66
7.4.	Role rodičů ve vztahu ke škole	74
7.5.	Kompetence členů týmu	82
7.6.	Typy realizované týmové spolupráce	85

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8.	Výzkumné šetření realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s kombinovaným postižením v ZŠS v ČR	88
8.1.	Výzkumný problém	88
8.2.	Cíle výzkumu	89
8.3.	Charakteristika a výběr výzkumného souboru	89
8.4.	Rozsah výběrového souboru	90
8.5.	Metody výzkumu	92
8.6.	Průběh výzkumu	92
8.7.	Výsledky výzkumného šetření, zpracování údajů	94
8.8.	Interpretace výsledků	115
9.	Doporučení pro praxi – model týmové spolupráce	118
9.1.	Model týmové spolupráce	118
9.1.1.	Struktura týmu-týmové role, personální obsazení	119
9.1.2.	Etapy týmové spolupráce	123
9.1.3.	Komunikace v týmu	126
	Závěr	127
	Resumé	129
	Summary	130
	Seznam použité a citované literatury	131

Internetové zdroje	134
Seznam obrázků, tabulek a grafů	135
Seznam příloh	137

Úvod

„Pomoci komunikovat dítěti, které nemůže mluvit, je pravděpodobně ten nejcennější dar, který mu můžete nabídnout.“

Andy Bondy, Lori Frost, 2007

Tématem předkládané rigorózní práce je týmová spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s kombinovaným postižením v základní škole speciální. Od školního roku 2010/2011 je vzdělávání u těchto žáků realizováno na základě RVP pro vzdělávání žáků v základní škole speciální – II. díl vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným vícečetným postižením.

Cílem vzdělávání je zvládnutí elementárních klíčových kompetencí na úrovni, která je pro žáka dosažitelná a která mu umožní komunikaci a soužití s okolím, integraci do společnosti. Tohoto cíle mohou dosáhnout za přispění a dopomoci druhé osoby, pedagoga-terapeuta, který jim umožní pohyb, změnu polohy, rozumí jejich řeči těla, pocitům a dokáže jim okolní svět přiblížit co nejjednodušším způsobem.

Podmínkou dosažení úspěchu v edukačním procesu není jen respektování individuálních potřeb žáka, ale i vybudování obousměrné komunikace pedagog-žák. Komunikace představuje nezbytnou podmínku pro vývoj žáka v oblasti duševních schopností, zároveň podmiňuje emoce a chování. U žáků s kombinovaným postižením je komunikační schopnost výrazně narušená. Diagnostika i náprava je velmi obtížná a vyžaduje spolupráci s lékařem, logopedem, fyzioterapeutem, speciálním pedagogem, rodiči. Týmová spolupráce je často zmiňována v odborné speciálně pedagogické literatuře, není však podána bližší specifikace o jejím zajištění a fungování ve školním prostředí.

Důvodem proč jsem si toto téma zvolila, je má dlouholetá zkušenost s výukou žáků s těžkým kombinovaným postižením, jak v pozici třídního učitele, tak v pozici speciálního pedagoga – logopeda SPC, fyzioterapeuta. Intenzivní a účelnou týmovou

spolupráci považuji za nezbytnou, ale ve své praxi jsem se s ní z důvodu „nedostatku“ externích odborníků nesetkala. Cílem mé práce je na základě získaných informací z odborné literatury a analýzy současné situace realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s kombinovaným postižením vytvořit model týmové spolupráce.

V teoretické části je v rámci jednotlivých kapitol vymezena podstata komunikace, vzdělávání žáků s kombinovaným postižením a týmová spolupráce.

Cílem praktické části je na základě provedeného šetření, předložení analýzy současné realizace týmové spolupráce při rozvoji narušené komunikační schopnosti žáka a zároveň navrhnout modelu týmové spolupráce, kdy členové jsou interní pracovníci školy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Podstata komunikace

Výměna informací s okolím, tj. komunikace, je přesně to, co odlišuje živé organizmy o neživých.

„Komunikace z latinského communication znamená spojování nebo sdělování. V podstatě se jedná o výměnu obsahů informací mezi dvěma nebo více jednotlivci nebo skupinami.“ (Janovcová, 2003, s.15)

„Pojem „komunikace“ nemá v literatuře jednotnou definici. Mnohé z nich přesahují do jiných pojmů, jako například „reakce“, „aktivita“, „interakce“ nebo „chování“. Vyčerpávající definice mezilidského komunikování, jež by zahrnula všechny aspekty (kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické, kulturní), všechny potenciální proměnné a možné roviny významu a dopadu, zřejmě není možná.“ (Vybíral in Pipeková, 2010, s. 119)

Komunikace je vrozená a lze ji počítat mezi instinkty, tedy schopnosti, se kterými se živočich rodí. Jen tak může vzniknout vztah mezi mládětem a rodičem. Potřeba komunikace je vedle potřeby zachování jedince a rodu jednou z nejsilnějších potřeb živé hmoty. (Lejska, 2003)

„Cílem komunikativního chování člověka je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací především vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“ (Klenková in Pipeková, 2010, s. 119)

Komunikace je následně předpokladem fungování společnosti, společenství a sociálních vztahů vůbec. Různé druhy sociálně žijících živočichů mají své specifické formy komunikace, např. komunikace pomocí dotyků, pachů, pohybů, neartikulovaných zvuků. U člověka je pak komunikace na úrovni nejvyšší a to ve formě mluvené a psané řeči.

Sociální komunikace, která zahrnuje společné činnosti, vzájemné působení, mezilidské vztahy, je realizována tzv. komunikačními kanály.

Sociální psychologie rozlišuje tři skupiny kanálů:

1. verbální, slovní komunikaci
2. nonverbální, mimoslovní komunikaci
3. komunikaci činem. (Mareš, 1989)

Verbální komunikace pak probíhá formou mluvené nebo psané řeči. Řeč je nejuniverzálnějším prostředkem komunikace, neboť při přenosu informací řečí se nejméně ztrácí smysl sdělení. Je však nutné, aby byla provázena vysokým stupněm porozumění dané situaci, a to všemi účastníky komunikace. (Andrejevová in Mareš 1989, s. 60)

Nonverbální komunikace představuje dorozumívací prostředky neslovní podstaty – pohyby hlavou, pohyby těla, postoj těla, gesta, mimika, pohledy očí atd. Klenková (in Pipeková 2010) dále rozlišuje v oblasti nonverbální komunikace vokální (paralingvistické) fenomény, které zahrnují kvalitu hlasu a způsob mluvení, a nonvokální (extralingvistické) fenomény, jimiž je např. mimika, gestika, haptiky, držení těla a zrakový kontakt. Do neverbální komunikace patří i vytvořené nonverbální komunikační systémy, které se využívají k hodnotné mezilidské komunikaci.

Z hlediska sluchu a řeči rozděluje Lejska (2003) lidskou komunikaci na dva typy:

1. Komunikace smyslová

A. Neakustická – optická, čichová, hmatová, chuťová.

B. Akustická

- a) zvukové pozadí – zvuky, které běžně nevnímáme (zvuky deště, ševlení listů, zvuky dopravní atd.), trvale informují mozek o reálném světě
- b) mimopojmová – obecné zvuky (I. signální soustava), senzitivita – na této úrovni komunikuje většina živočišných druhů. Člověk jimi vyjadřuje ohrožení, bolest, nelibost, smutek, vztek apod.
- c) pojmová, verbální – II. signální soustava – informace se předávají přesně definovanými zvukovými signály – slovy.

2. Mimosmyslová – např. řízení krevního tlaku a glykémie uvnitř organismu.

1.1. Motivace a funkce komunikace

Základní motivací ke komunikaci je potřeba kontaktu, sebepotvrzení vlastní identity, uplatnění se, respektování vlastní osoby, potřeba něco sdělit nebo jen chuť se rozptýlit.

Z psychologického hlediska nabývá komunikace smysl, pokud dojde ke splnění své funkce.

Vybíral (2000) uvádí čtyři hlavní funkce našeho komunikování:

1. informovat – předat zprávu, doplnit jinou, „dát ve známost“, oznámit, prohlásit... (informativní funkce);
2. instruovat – navést zasvětit, naučit, dát recept...(instruktážní funkce);
3. přesvědčit, aby adresát (po)změnil názor – získat někoho na svou stranu, zmanipulovat, ovlivnit...(persuasivní funkce);
4. pobavit – rozveselit druhého, rozveselit sebe, rozptýlit, „jen tak“ si popovídat (funkce zábavní).

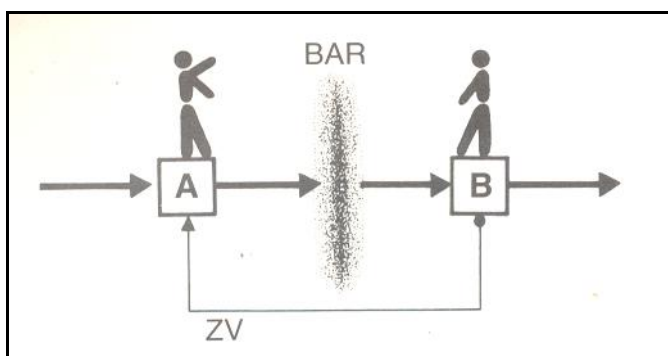
1.2. Překážky v realizaci komunikace

Pro realizaci komunikace je z psychologického hlediska potřebná komunikační kompetence, tzn. schopnost účastníka komunikace v dostatečné míře zvládnout příslušné soustavy pravidel a tyto soustavy využít. Nekompetence pak podle Vybírala (2000) vzniká, pokud jedinci schází soubor základní předpokladů. Příkladem je těžce sluchově postižený jedinec, který je nekompetentní k tomu, aby komunikoval se skupinou lidí se zdravým sluchem stejně hodnotně.

Důležitost komunikace stejnými výrazovými prostředky zdůrazňuje Procházková (in Hájková 2009) se zaměřením na komunikaci s těžce postiženými osobami. Oba komunikační partneři se dostávají do stejné obtížné situace, jak komunikovat, aby ho druhý pochopil. Tuto situaci označuje jako „dvojí znevýhodnění“.

V sociální komunikaci je za překážku považován vznik komunikační bariéry. Nekomunikabilita člověka je přirovnávána k přivření dveří, tam, kde převládá nedůvěra či antipatie. V procesu komunikace je důležitá i zpětná vazba, která je buď kladná, nebo záporná.

Obr. 1: Komunikační bariéry a zpětná vazba



Zdroj: Mareš, 1989, s. 22

Poznámka:

A = mluvčí

B = posluchač

BAR = bariéra, překážka rozhovoru

ZV = zpětná vazba (je-li mluvčím učitel, může být zpětnou vazbou např. žákovo chování, žákův dotaz ap.)

Z pohledu logopedie je pro komunikaci důležitá komunikační schopnost, která umožňuje realizovat komunikační záměr jednotlivce. Komplikace nastávají, pokud je tato schopnost narušena.

2. Narušená komunikační schopnost

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ (Lechta, 2003, s. 17)

Při hodnocení komunikační schopnosti jedince je třeba posuzovat všechny roviny řeči: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně sémantickou a pragmatickou. Pokud je posuzován průběh komunikačního procesu může jít o narušení složky receptivní nebo expresivní.

2.1. Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti

Klenková (in Pipeková, 2010, s. 122) rozděluje příčiny vzniku následovně:

1. z časového hlediska může docházet k narušení v období prenatálním, perinatálním, postnatálním.
2. z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (receptivní nebo impresivní poruchy – poruchy rozumění řeči), poškození centrální části (poruchy narušení nejvyšších řečových funkcí), poškození efektorů (narušení expresivní složky řeči, tzn. poruchy řečové produkce). Působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí může být příčinou např. opoždění ve vývoji řeči dítěte.
3. orgánová nebo funkční příčina

Narušená komunikační schopnost může být úplná (totální) nebo částečná (parciální), může být dominantním projevem nebo symptomem jiného dominantního postižení.

2.2. Klasifikace podle symptomu

Symptomatická klasifikace dělí narušenou komunikační podle symptomu, který je pro narušení typický. „Existuje 10 základních kategorií narušené komunikační schopnosti:

1. vývojová nemluvnost;
2. získaná orgánová nemluvnost;
3. získaná psychogenní nemluvnost;
4. narušení zvuku řeči;
5. narušení fluence (plynulosti) řeči;
6. narušení článkování řeči;
7. narušení grafické stránky řeči;
8. symptomatické poruchy řeči;
9. poruchy hlasu;
10. kombinované vady a poruchy řeči.“ (Lechta in Škodová, 2003, s. 25)

U žáků s kombinovaným postižením je nejčastěji diagnostikována dysartrie, při úplné neschopnosti artikulovat je pak diagnostikována anartrie.

Anartrie je nejzávažnější porucha motorických řečových modalit, s prakticky nemožnou verbální komunikací s okolím. Jedinec není schopný artikulované mluvy pro ztrátu či nerozvinutí vůlí kontrolované hybnosti mluvidel, často ve spojení s neschopností tvořit hlas – afonií.

„**Dysartrie** je porucha motorické realizace řeči, dýchání, tvorby hlasu, modulace na základě organického poškození nervové soustavy.“ (Neubauer in Škodová, 2003, s. 303)

Typy dysartrií - stručná charakteristika

- **Spastická dysartrie** (pyramidová) – vzniká při poruše centrálního motoneuronu (pyramidový trakt), provází spastickou formu DMO

dýchání – mělké, rychlé, s častými nádechy uprostřed slov a vět, hloubku

nádechu může snižovat zvýšený tonus svalstva hrudníku a břicha

hlas – tlačенý, tvořený se zvýšenou námahou, často tichý, výše posazený,

tvrdé hlasové začátky

artikulace – omezená vzhledem ke špatné pohyblivosti orofaciálního

svalstva, hlásky splývají

řeč – nerytmická, těžkopádná, monotónní, pomalá s omezenou intonací,

rušená častým frázováním, případně mlasknutím, tzv. zvýšená nosovost,

častým porušením velofaryngeálního uzávěru

- **Atetoidní dysartrie** (extrapyramidová) – příčinou je porucha striata či dalších jader podkorových oblastí, provází dyskinetickou formu DMO

dýchání – vlivem neustálých nekontrolovaných pohybů je mělké,

neuspořádané bývá porušeno hrudní dýchání (paradoxní dýchání)

hlas – tvrdé hlasové začátky, nestabilní, proměnlivá výška a síla

artikulace – neuspořádaná, nezřetelná pro žmoulavé (atetoidní) pohyby jazyka,

nekontrolovatelné pohyby rtů a dolní čelisti, obtíže při artikulaci mohou působit i rozvíjející se spazmy

řeč – pomalá, explozivní s kolísajícím tempem a rytmem, při nadměrném úsilí nastává zhoršení

- **Ataktická dysartrie** (cerebelární) – provází poškození mozečku a jeho drah, které koordinují pohyby svalů artikulačních orgánů a hrtanu, často je následkem nádorového onemocnění mozečku

dýchání - výdechový proud je silný, nepravidelný, s nedostatečnou kontrolou

hlas - mečivý, nestabilní s proměnlivou silou, tempo pomalé

artikulace – neobratnost a nepřesnost v koordinaci pohybů mluvidel, hlásky a

slabiky jsou artikulovány s přílišným důrazem, někdy jedinec hlásky prodlužuje, ulpívá na nich, případně prodlužuje i pauzy

řeč – připomíná řeč opilého člověka, je explozivní, nerytmická s pauzami a zárazy, jednotlivé hlásky, slabiky a slova mohou zvukově splývat

- **Bulbární dysartrie** – příčinou je poškození motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervů, které inervují řečové orgány. Vyskytuje se u typu chabé obrny.

artikulace – porucha na bázi postižení inervace mluvidel hlavovými nervy, setrvání v jednotlivých artikulačních postaveních, často se vyskytuje porucha polykání a žvýkání

řeč – srozumitelnost je ovlivněna poruchou artikulace

- **Kortikální dysartrie** (korová) – vzniká při poruše pyramidových buněk v mozkové kůře. U dětí s DMO bývá používán pojem vývojová řečová apraxie.

artikulace – setřená, snížená schopnost bezchybně vyslovit víceslabičná slova, složitá slovní spojení

řeč – spastický charakter, na začátku slov se vyskytuje iterace (rytmické opakování začátečních slabik), narušená je plynulost, celkově je řeč těžkopádná

- **Směšená dysartrie** – příčinou jsou rozsáhlejší léze nebo degenerativní onemocnění CNS

řeč – kombinace všech uvedených forem, jde o vícečetné postižení řeči

2.2.1. Diagnostika dysartrie

„Komplexní diagnostika dysartrie je dnes už nesporně otázkou týmové spolupráce řady odborníků: neurologů (příp. radiologů), logopedů, otorinolaryngologů (resp. foniatrů), oftalmologů aj. Poněvadž dysartrie doprovázejí rozličná onemocnění CNS, vychází se především ze závěrů neurologického vyšetření.“ (Cséfalvay in Lechta 2003, s. 240)

Nejčastější příčinou vzniku vývojové dysartrie je DMO, proto je pro přesnou diagnostiku dysartrie nutné komplexní zhodnocení celkového stavu dítěte týmem specializovaných odborníků:

- neurolog
- psycholog

- rehabilitační lékař, fyzioterapeut
- ergoterapeut
- foniatr
- otorinolaryngolog
- oftalmolog
- případně i psychiatr

Komplexní logopedické vyšetření podle Šachové (in Kraus, 2005, s. 248) je vhodné u dětí s DMO zaměřit na:

- celkový dojem dítěte
- přidružená postižení
- příjem stavy
- orofaciální vyšetření
- ovládání slinotoku
- vyšetření respirace
- vyšetření fonace
- vyšetření rezonance
- vyšetření artikulace
- vyšetření rozumění řeči a fonematického sluchu
- vyšetření obsahové stránky řeči, vyšetření modulačních faktorů řeči
- grafomotoriky, zpěvu, recitace
- rozhovor s rodiči

2.3. Strategie při terapii

Ve vývoji řeči je nutné si všimnout dvou odlišných, ale vzájemně se odlišujících komponent, které blíže uvádí Janovcová (2003, s. 12):

1. Komponenta posturální

Reprezentuje schopnost přecházet z pozice do pozice, zachovávat pozici a vyrovnávat se s gravitací. Upevnění této pozice umožňuje modulaci s okolím, děje se tak v prostoru a čase. První příznaky změn v posturální komponentě zaznamenává

matka a to při běžných činnostech s dítětem, které vnímá jako neharmonické v čase a v prostoru. V takovém případě je nutné matku naučit dítě uchopit tak, aby se vyloučily patologické pohyby dítěte, aby se posturalita stala harmoničtější. Toto se týká zejména krmení, kdy je nezbytné upravit posturu, dítě stabilizovat pro správné dýchání a následně lepší přijímání potravy. Poruchy příjmu potravy následně souvisí nebo jsou varovným signálem pro vznik narušené komunikační schopnosti.

Stabilní poloha při terapeutickém působení, příjmu potravy a dalších činnostech např. v poloze sed na židli, vozíku je nutné podložení plosek nohou, beder, loktů, stabilizace hlavy – hlava se dostává do středního postavení, uvolňují se ruce a čelisti. Úprava postury má následně pozitivní vliv na rozvoj vnímání, řeči i mentální úrovně dítěte.

2. Komponenta kinetická

Kinetika umožňuje jedinci držet si okolí v takové vzdálenosti jakou si samo určí a zároveň má možnost přemisťování se. Vzdálenost – distance od předmětů, lidí je u zdravého jedince na jeho vůli, rozhodnutí. Děti s těžkým tělesným či kombinovaným postižením, které nejsou schopny lokomoce, nemají možnost si vzdálenost samy určovat. Většinou jsou v domácím prostředí, v blízkosti věcí, které jim byly „vnuceny“, znají jen distanc „mateřský“.

Často se setkáváme s dětmi, u kterých není zájem o komunikaci, důvodem může být to, že se nenaučily správné distance a je u nich často narušena zpětná vazba.

Motorický vývoj dítěte je důležitým faktorem pro rozvoj komunikace, komunikační schopnosti a zároveň umožňuje motorické vyjadřování – gesta, řeč těla. Respektování zásad rozvoje hybnosti a vývoje hybnosti i v jeho analogii pro vývoj patologického vývoje je důležité při stimulaci rozvoje komunikační schopnosti dítěte zejména s těžkým kombinovaným postižením.

2.3.1. Zásady rozvoje hybnosti u dětí s centrálními poruchami

Ujasnění hlavních zásad, jakými se řídí rehabilitační léčba při rozvoji hybnosti u dětí s poškozením CNS, je důležité pro pochopení pohybových reakcí dítěte a pro práci na rozvoji jeho komunikačních možností v souladu s požadavky somatické léčby.

- „Ve všech metodách postupovat při výcviku lokomoce podle ontogenetické a možno říci i fylogenetické vývojové řady.
- Vystříhat se provokace spasticity nebo rigidity, a naopak využívat všeho k relaxaci, uvolnění svalového napětí.
- K dosažení správných eferentních projevů využívat simultánní a sukcesivní aferentaci podle neurofyzilogických zákonitostí.
- Využívat spontánní eferentní projevy, usměrňovat ty patologické, pro dosažení co nejvíce diferencované, vůlí ovládané motoriky.“

(Neubauer, K. in Lechta 2003, s. 288-289)

Hodnocení motorického vývoje

Motorický vývoj u dětí s DMO probíhá tzv. patologicky a pro hodnocení se využívá hodnocení zralosti posturálních funkcí ve vztahu k době jejich zralosti do tzv. lokomočních stadií dle Vojty. Škála zahrnuje celé období vývoje lidské motoriky do 4 roků věku zdravého dítěte a má vypracovanu analogii pro vývoj motoriky patologické u dětí s DMO.

Lokomoční stadia:

Stadium 0 – dítě je apedální. Nemůže se pohybovat vpřed pomocí rukou a nohou. Není schopno realizovat žádný kontakt (motorický) otočením nebo uchopením předmětu. U dítěte není vytvořena opěrná funkce. Dítě má hlavu v predilekčním postavení a jeho držení odpovídá novorozeneckému stadiu.

Vývojový věk – novorozenecký

Stadium 1 – dítě je apedální. Neumí se pohybovat vpřed, ale umí se otočit k předmětu, aby se jej dotklo nebo uchopilo. V poloze na břiše je schopno se opřít o lokty. V poloze na zádech je schopno zvednout dolní končetiny nad podložku. Dítě má k dispozici rovnovážné funkce. Při tomto stadiu již nejsou vybavitelné reflexy vázané na novorozenecké období.

Vývojový věk – 3 - 4 měsíce

Stadium 2 – dítě je apedální. V pronační pozici umí užít horní končetiny jako opěrného a úchopového orgánu. Na zádech je dítě schopno sáhnout po předmětu ze střední roviny. Zkouší se přiblížit k předmětu, ale neumí se pohybovat vpřed pomocí horních a dolních končetin.

Vývojový věk – konec 4. a začátek 5. měsíce

Stadium 3 – dítě se umí plazit. Jde o skutečnou lokomoci, dítě se spontánně pohybuje po místnosti z vlastní iniciativy. Je schopno se otočit ze zad na břicho.

Vývojový věk – 7. - 8. měsíc

Stadium 4 – dítě provádí „hopsání“ – poskoky po kolenou a rukách. Není schopno vychylovat těžiště z osy ve frontální rovině. Opora na horních končetinách je abnormální a je tvořena o zápěstí či pěst. „Hopsání“ neobsahuje zkřížený vzor jako je to u lezení. Tento typ lokomoce v normálním vývoji neexistuje. Jestliže dítě nemůže včas dosáhnout lezení, brzy se zcela vzdá lokomoce. Tento vzor je nadřazen plazení. Dítě je schopno dosáhnout vzpřímeného kleku a dostane se do šikmého sedu.

Vývojový věk – 9. měsíc

Stadium 5 – lezení. Tento lokomoční vzor je plně začleněn, když dítě s centrální parézou umí lézt přes celý byt z vlastní motivace. Součástí lokomoce je zkřížený vzor, opora je na otevřených rukách. V pozdější době je možné u lezoucího dítěte počítat s vertikalizací.

Vývojový věk – 11 měsíců

Stadium 6 - dítě se umí vytahovat do stoje pomocí horních končetin, ve stoji se udrží.

Je schopno se pohybovat pomocí horních končetin do strany. Jde o kvadrupedální lokomoci ve frontální rovině. V pozdější době tohoto lokomočního stadia nastupuje lokomoce v sagitální rovině s oporou.

Tato lokomoce musí probíhat z vlastní motivace.

Vývojový věk – 12. - 13. měsíc

Stadium 7 – dítě chodí nezávisle, samostatně, a to i mimo byt.

Stadium 8 – dítě vydrží stát na jedné noze více než 3 vteřiny. Toto musí být vyšetřováno ze stabilní stojné pozice.

Vývojový věk – 3 roky

Stadium 9 – dítě vydrží stát na jedné noze více než 3 vteřiny a to na obou stranách.

Vývojový věk – 4 roky

Pro hodnocení vývoje vzpřimování a lokomoce je nutné na základě věku odpovídajícímu příslušným lokomočním stadiím stanovit retardační kvocient RQ. Na základě výpočtu tohoto kvocientu je možné stanovit vývojovou prognózu dítěte.

$$RQ = \frac{\text{vývojový věk}}{\text{kalendářní věk}}$$

Zdroj: Kraus, 2005

2.3.2. Zásady logopedická péče

Na základě diagnostického zhodnocení typu obtíží a jejich vlivu na rozvoj komunikační schopnosti dítěte je pro dítě vypracován individuální terapeutický plán.

„Při realizaci logopedické péče je nutné zohlednit tyto oblasti:

- Stimulace od nejranějšího období – stimulace vitálních funkcí orofaciálního traktu je základem rozvoje schopnosti řečové komunikace dítěte.
- Snaha o koordinaci práce se somatickou rehabilitací.
- Snaha o navození uvolněné polohy se stabilním svalovým tonusem těla a využívání relaxace při terapii řečových schopností, ale také při terapii vitálních funkcí, příjmu stravy, dýchání.
- Snaha minimalizovat souhyby těla a mluvidel, nevyvolávat pohyb mluvidel za cenu vyvolávání výrazně zvýšené spasticity těla či vzrůstu mimovolních neovladatelných pohybů.“ (Neubauer in Lechta 2003, s. 289)

Neubauer (2003) také zdůrazňuje propojení fyzioterapeutického a logopedického působení ve smyslu předávání informací o terapeutické činnosti s dítětem a dosažených výsledcích při jednotlivých terapiích jak ze strany logopeda tak fyzioterapeuta.

2.3.3. Důsledky narušené komunikační schopnosti

Řeč je jedním z nejdůležitějších prostředků socializace, plnohodnotného začlenění jedince do majoritní společnosti. Člověk s narušenou komunikační schopností je tím více traumatizován, čím více si vzhledem ke svému mentálnímu potenciálu řečové postižení uvědomuje.

„I lidé s těžkým a kombinovaným postižením mají základní potřeby, mezi které vedle fyziologických potřeb, potřeb podněcování smyslů, změny pohybu, aktivity a

uznání patří také komunikace – kontakt s lidmi, navazování vztahů, být součástí společnosti.“ (Procházková in Hájková, 2009, s. 114)

Výrazně narušená komunikační schopnost jak v oblasti verbální tak neverbální způsobuje ve svém důsledku znesnadnění uspokojování základních potřeb podle svých představ, nemožnost „bránit se“ přehnané péči druhého člověka, vede k izolaci jedince a k rezignaci, ztrátě pocitu vlastní osobnosti, apatii.

Prognóza úpravy narušené komunikační schopnosti

Pro stanovení prognózy komunikačních dovedností je třeba zhodnotit formu a stupeň postižení, kombinace postižení, mentální potenciál dítěte, včasnost zahájení komplexní a logopedické péče, vlivy sociální a úroveň spolupráce odborných pracovníků a rodiny.

Včasnost rané péče zabraňuje opožďování psychomotorického vývoje, u dětí s poměrně dobrými intelektovými schopnostmi dochází k vyrovnání handicapu a jejich následné zařazení se mezi intaktní vrstevníky.

3. Terapeutické metody využívané v logopedii

3.1. Fyzioterapeutické metody a koncepty

Užití rehabilitačních a fyzioterapeutických metod a konceptů může v mnohých případech pozitivně ovlivnit průběh logopedické intervence jak u dětí v raném předškolním a školním věku i období adolescence, stejně tak i u dospělých jedinců a jedinců ve stáří. Některé přístupy mohou zahrnovat pouze prvky rehabilitace a fyzioterapie, jiné mohou zahrnovat i prvky logopedie, ergoterapie, psychoterapie. Pro práci logopeda jsou důležité i mnohé přístupy, které zahrnují čistě pouze oblast fyzioterapie a rehabilitace. Tím, že dochází k pozitivnímu posunu v oblasti motoriky, dochází i k ovlivnění motoriky mluvních orgánů a zlepšení komunikačních schopností daného klienta. Logoped by proto měl být seznámen se základními fyzioterapeutickými koncepty a metodami, užívanými v současné době v České republice i v zahraničí, které může v kurzech absolvovat a v praxi dále využít v samostatné činnosti či v týmové spolupráci s dalšími odborníky.

(Klenková, 2007)

Vojtova metoda reflexní lokomoce

Vojtova metoda je jednou z nejrozšířenějších metod, která je využívána k diagnostice a terapii centrálních a vybraných periferních poruch motoriky v dětském i dospělém věku. Základem metody jsou dva pohybové vzory – vzor reflexního plazení a reflexního otáčení. Tyto vzory vstupují do motorického vývoje jedince v různých fázích prvního roku jeho života. Nejvýraznějších výsledků s použitím Vojtovy reflexní lokomoce je dosahováno u dětí do jednoho roku, kdy je plasticita mozku vysoká. V deseti letech je mozek člověka neurofyzilogicky „již hotový“.

Z logopedického hlediska je důležité, že mechanismus reflexní lokomoce (reflexní plazení a reflexní otáčení) obsahuje kromě určité aktivity trupu a svalstva končetin také například aktivitu svalů pro motoriku orofaciální hybnosti (pohyb

mandibuly a jazyka ve směru otáčení hlavy, polykání), motoriku očí a rozvinutí mediastina a plic (dochází k zesílení kostálního dýchání).

„Dle Vojty (1993) je žvýkání přímo závislé na stadiu vývoje lokomoce. Musí však dosáhnout i určité úrovně koordinace, aby se mohla dostatečně uplatnit i jemná motorika orofaciální oblasti, která má vliv na vývoj řeči. Dítě nemůže dosáhnout artikulace, pokud má deficity ve funkci žvýkání a polykání. Při úspěšné terapii se zlepši nejen zmíněné funkce, ale otevřou se i možnosti k rozvíjení funkcí vyšších.“ (Bytešníková in Klenková 2007, s. 16)

Významným předpokladem úspěšného terapeutického působení je vztah terapeuta k rodičům dítěte a k dítěti samotnému.

Synergická reflexní terapie

Synergická reflexní terapie (dále jen SRT) je samostatný léčebný koncept vyvinutý Dr. W. Pfaffenrotem pro léčbu a prevenci následků dětské mozkové obrny a dalších neuro-ortopedických nemocí u dětí a dospělých. Touto terapií lze také ovlivnit průběh epilepsie, mentální stavy pacientů, mimointelektové schopnosti u ADHD, zlepšit percepci, prostorové vnímání, koncentraci.

Jde o komplex terapeutických metod, ve kterém jsou slučovány vybrané a modifikované prvky z několika běžně užívaných reflexních terapií doplněné o nové reflexní prvky Pfaffenrota. Současné použití různých reflexních terapií vyvolá vzájemné navýšení účinku – synergický efekt, v jehož důsledku má pak SRT globální působnost na téměř všechny tělní systémy a orgány.

SRT nemá charakter aktivního nácviku určitých dovedností, ta je přenechána výukovým systémům speciálně pedagogického odborníka, logopeda či ergoterapeuta. Nácvik nových dovedností však vyžaduje: 1. Maximální schopnost koncentrace – zvýšenou schopnost pozornosti a její udržení po delší dobu, 2. Rychlou aktivitu neuronální sítě, 3. Zvýšenou vnímavost senzorických složek – smyslových orgánů, 4. Maximální možnou fyzickou relaxaci a zároveň dostatečnou stabilitu těla, tj. opěrné funkce těla (posturální aktivita).

„Pomocí SRT, kterou je ideální provést bezprostředně před započítím pedagogické práce, lze:

1. Odstranit strukturální a funkční překážky na pohybovém aparátu (např. zvětšit kloubní rozsah, uvolnit svaly, srovnat páteř do funkčního postavení), snížit celkové napětí těla,
2. Zvýšit aktivitu mozku a smyslovou senzibilitu,
3. Zajistit dostatečné prokrvení mozku, dalších částí těla i orgánů,
4. Zvýšit koncentraci ve kvalitě i kvantitě,
5. Zlepšit předpoklady pro jemnou i hrubou motoriku (písmo, držení tužky).“

(Vodičková, 2006, s. 62)

Kabatova metoda – propioceptivní neuromuskulární facilitace

Při této facilitaci dochází k aktivaci maximálního počtu motorických jednotek ve svalech. Pohyby, kterých metodika využívá, jsou převzaté z přirozených pohybů zdravého člověka. Jsou to prostorové pohyby trupu, horních a dolních končetin, které jsou uspořádány do pohybových vzorců, které mají rotační a diagonální charakter. Tyto pohyby musí být pomalé, koordinované a provádějí se pasivně, pasivně s dopomocí pacienta, aktivně, nebo aktivně proti odporu fyzioterapeuta.

Tato technika se používá k relaxaci či posilování jednotlivých svalových skupin, ale také celých pohybových vzorů jako je otáčení, lezení, vstávání atd. (<http://www.detskarehabilitace.cz/cz/metodiky/kabatova-metoda>)

Metoda manželů Bobathových

Metoda vychází z předpokladu, že mnohé pohybové potíže dětí s dětskou mozkovou obrnou jsou způsobeny vlivem patologických tonových reflexů a hlubokých šíjových reflexů. Tyto reflexy nemůže z důvodu poruchy centrálního nervového systému, která není hrubšího morfologického rázu, překonat. Pokud se tyto reflexy podaří utlumit (inhibovat), může se rozvinout normální motorika, základní pohybové

vzory. Prostředkem je „handling“, který se provádí denně a je přizpůsoben potřebám dítěte.

„Bobath koncept klade důraz na multidisciplinární a holistický přístup pohledu na daného jedince, na týmovou spolupráci, v jejímž centru je konkrétní dítě, potřebný jedinec. Aplikace terapie je individuální. Z hlediska logopeda je důležitá spolupráce se všemi členy týmu, a to nejen s neurologem, rehabilitačním lékařem, psychologem a pedagogy, ale také např. s fyzioterapeutem, který inhibuje patologické vzorce a facilituje normální pohybový vývoj. Na kvalitnější hrubé motorice, kontrole těla a hlavy pak lze stavět kvalitnější orofaciální motoriku. Rovněž působení ergoterapeuta na jemnou motoriku rukou je pro logopedickou intervenci velmi významné. Velmi důležitým členem týmu je rodič, který potřebuje důkladný záznam v usnadnění každodenní péče o handicapované dítě a na druhou stranu je pro ostatní odborníky zdrojem cenných informací. Je nutné, aby si také jednotliví odborníci předávali informace mezi sebou. Bobath koncept je stále dynamický, vyvíjí se zejména v závislosti na nových vědeckých poznatcích. V celosvětovém měřítku je nejužívanější terapií při eliminaci následků DMO i jiných centrálních poruch motoriky.“

(Janovcová in Klenková, 2007, s. 52)

Petö metoda konduktivní edukace

Metoda klade důraz na propojení hrubé motoriky a řeči. Každý motorický cvik má svůj rým, tím vzniká automatizace a postupně se tvoří vzpomínka v motorické paměti. K podpoře se využívá strukturovaných, pestrých a atraktivních učebních programů, přehledného uspořádání okolního prostředí, speciálního nábytku, který vede k aktivnímu uchopování, opírání se a držení, lezení, stoj a orientaci v prostoru. Při této terapii je potřeba, aby dítě pracovalo svou vůlí s pouze slovním vedením, její využití u malých dětí je velmi obtížné.

Metodika Myofunkční terapie dle A. Kittelové

Metodika A. Kittelové je určena k odstranění poruch polykání, orofaciální dysfunkce u nejrůznějších postižení dětí, mladistvých i dospělých. Tato metodika je modifikací metodiky klasické myofunkční terapie prof. D. Garlinera.

Orofaciální regulační terapie Castilla Moralese

Tato terapie vychází z neurofyzilogického základu a poznatku, že plasticita mozku do třetího roku života dítěte je natolik velká, že nasazením včasné terapie lze očekávat příznivý rozvoj. C. Morales vypracoval kompletní cvičební program nejen pro oblast obličeje, ale i pro celé tělo. Tonus svalstva se upravuje tlakovou a vibrační stimulací předem určených bodů.

„Orofaciální regulační terapie staví na interdisciplinárním přístupu všech zainteresovaných odborníků (neurologa, fyzioterapeuta, logopeda, foniatra, očního lékaře, speciálního pedagoga, čelistního ortopeda). Úzká spolupráce při této terapii s rodiči je samozřejmostí. Morales však považuje za „šéfa“ týmu samotné dítě, jeho problémy a potřeby.“ (Matějčíková in Klenková, 2007, s. 77)

Masáže

„Masáže aktivují netečného jedince, podporují hybnost, uvolnění, soustředění a uvědomění si vlastního těla. Podporují zlepšení orientace v tělesném schématu, percepce a kognitivních funkcí. Iniciují vytváření řeči těla či komunikace.“ (Opatřilová, 2008, s. 137)

Nejčastěji používaná je masáž klasická, rekondiční, relaxační, lymfatická, masážní technika senzomotorické stimulace, míčková facilitace.

Míčková facilitace

Jedná se o pomocnou fyzioterapeutickou metodu, jejíž autorkou je česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá. Technika míčkování využívá komprese akupunkturálních a akupresurních bodů. Je založena na teorii, že komprese tkání je vystřídána jejich relaxací. Tato komplexní masážní metoda facilituje nádech a inhibuje výdech, relaxuje a protahuje břišní, hrudní, krční svaly a svaly pánve, páteře i pletence ramenního, přímý účinek na kosterní svalstvo přispívá ke zlepšení držení těla. (<http://www.mickovani.wz.cz/index.php?rub=omoc>)

3.2. Terapeutické metody

Podle využívaných prostředků dále Müller (2005) dělí terapeutické metody ve speciální pedagogice na následující základní skupiny:

1. terapie hrou
2. pracovní terapie (činnostní terapie)
3. psychomotorické terapie
4. expresivní terapie (arteterapie)
5. terapie s účastí zvířete

Terapie hrou

V případě terapie hrou jde o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace a navázání terapeutického vztahu.

Pracovní terapie (činnostní terapie)

Cílem pracovní terapie (ergoterapie) je rozvinout nebo obnovit činnosti blokové organickým postižením, využitím zbytkových organických schopností,

ty podporovat a rozvíjet. Cíle a prostředky ergoterapie se člení podle věku dítěte a zařízení, ve kterém se práce provádí.

Některé úkoly a oblasti, kterými se ergoterapeut zabývá:

- práce s rodinou a cílené vedení dítěte od raného věku
- nácvik denních činností
- cílená terapie ruky, úchop, rozvoj obratnosti, dlahování
- rozvoj smyslových funkcí a senzorické integrace
- působení na psychosociální a emoční oblasti chování
- krmení, polykání a rozvoj motorické činnosti úst
- přístup k počítačům, augmentativní komunikace

Psychomotorická terapie

„Jedná se o metodu, jejíž prioritou je ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci podněcování motorických činností (čímž se liší od fyzioterapie), a proto ji lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci pohybových prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“

(Müller in Krejčířová 2002, s. 102)

3.3. Příklady expresivní terapie

Arteterapie

K léčbě je využíváno výtvarných prostředků, práce s různými výtvarnými materiály. Vedle procvičení jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotorické koordinace, vizuálního vnímání, uvolnění spasticity, má arteterapie i psychologický význam (způsob relaxace, estetické vnímání a prožívání, diagnostika, sebereflexe).

Muzikoterapie

Metoda, která k léčebnému působení na jedince využívá hudby, rytmu, písni. Podle míry angažovanosti jedince se muzikoterapie rozděluje na aktivní a receptivní (hudbu pouze vnímá), dále podle počtu účastníků je buď forma individuální nebo skupinová.

Terapie s účastí zvířete

Hipoterapie

Jedná se o facilitační metodu, kdy pohyb koně navozuje pohyb člověka. Kůň modifikuje elektromagnetickou činnost mozku, tj. navozuje rytmus vln, které normálně vznikají až při usínání a ty pomáhají organismus uvolňovat, dodávají pocit klidu a probouzejí samoozdravné procesy v těle. Hipoterapie má význam taktilní a proprioreceptivní a zároveň spasmolytický účinek na svaly, např. uvolnění adduktorů stehien.

Canisterapie

Označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, tj. stav celkové tělesné, psychické a sociální pohody. Canisterapie je využíváno k rozvoji emočně-sociální oblasti, rozumových schopností (pozorování chování psa, stavby těla apod.), pohybových schopností, jemné motoriky, pasivní a aktivní slovní zásoby, zvyšování zájmu o komunikaci.

3.4. Podpůrné metody, didaktické koncepce

Snoezelen

Snoezelen je podpůrná metoda, která je určena pro jedince s nejtěžšími formami postižení, která umožňuje zvláštní nabídku přiměřených aktivit.

„Podstata snoezelenu:

- umožnění hlubokých diferencovaných a izolovaných pocitů a vjemů
- uvědomění si vlastního těla a smyslových zážitků
- vše probíhá ve stavu relaxace, v příjemné poloze
- poskytují se strukturované podněty, ze kterých si jedinec sám vybere
- dobrovolnost
- zdůrazňuje se hodnota volného času a zotavení
- udržuje mezilidský kontakt k těžce postiženým
- vychází z celostního podnětu“ (Opatřilová, 2005, s. 127)

Didaktická koncepce

Metoda bazální stimulace

„Didaktická koncepce bazální podpory vychází z vnímání a umožňuje interakci mezi jedincem a prostředím, zajišťuje příjemné tělesné pocity, zprostředkovává zážitky těla, u těžce tělesně postižených je to nejdůležitější oblast pro učení. Uskutečňuje se pouze na základě pozitivně pocíťovaného emocionálního vztahu, obsahuje základní interakční a komunikační podporu a realizuje se během aktivit celého dne.“ (Opatřilová, 2008, s. 133)

Při stimulaci se využívají podněty somatické, vibrační, vestibulární, orální, akustické, taktilně haptické, vizuální. Podněty se nabízejí postupně, vzájemně se střídají, až se nakonec propojí.

4. Žák s kombinovaným postižením

4.1. Vymezení pojmu žák s kombinovaným postižením

Vytvoření jednotného klasifikačního systému, terminologie pro uvedenou kategorii osob je velice obtížné pro jejich různorodost. Nejčastěji jsou používány pojmy kombinované postižení, postižení více vadami, vícenásobné postižení, kombinované vady.

V odborné speciálně pedagogické literatuře lze najít různá pojetí charakteristiky a definování jedince s kombinovaným postižením. Například Sovák (1986) chápe pod pojmem kombinované vady sdružování několika postižení u jednoho jedince, která se ale navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Kombinované vady vnímá jako složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež jsou vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám.

Podle Monatové (2000) kombinované neboli sdružené vady zahrnují velmi širokou škálu nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí k podprůměrným a k dalšímu zhoršování určitých projevů až k závažným potížím.

Vítková (2001) při vymezení okruhu osob s těžkým postižením vychází ze stati A. Fröhliche. V této stati představuje těžké postižení komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua.

Ze slovenské speciální pedagogiky je možné uvést Vaškovo pojetí: „Viacnásobné postihnutí možno operacionálne vymedziť jako multifaktoriálne, multikauzálné a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dosledkom účinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájemným

prekrýváním vzniká tzv. „synergetický efekt“, tj. nová kvalita postihnutí odlišná od jednoduchého součtu přítomných postihnutí a narušení.“

(Vašek in Vančová, 2001, s. 10)

Pro potřeby školství byla vytvořena definice v podobě charakteristiky postižení více vadami, která byla zveřejněna ve Věstníku MŠMT ČR č. 8 ze srpna 1997 pod č. j. 25602/97-22: *Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.*

Žáci s více vadami se člení do tří skupin:

1. Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace. Ta je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelný stupeň výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní. S mentální retardací se v kombinaci sdružují např. vady tělesné, zejména na bázi DMO, vady smyslové, vady řeči, psychická onemocnění, autismus.
2. Jedinci s kombinací vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu tvoří děti hluchoslepé. V evropském prostředí je obecně přijímána definice uvedená v Písemném prohlášení 1/2004 o právech hluchoslepých osob a přijatá Evropským parlamentem 1.4.2004: Hluchoslepota je jedinečné postižení, vzniklé kombinací zrakového a sluchové vady, které způsobuje potíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě.
3. Samostatnou skupinu tvoří děti autistické a s autistickými rysy.

Kombinovat se mohou nejen závažnější stupně postižení, poruch či narušení, ale i jejich lehčí stupně navzájem nebo s těžšími stupni postižení. Rovněž nelze vyloučit kombinaci postižení či narušení s nadáním nebo talentem. Jedinci s vícenásobným postižením představují nezanedbatelnou část populace. Jejich výskyt má zvyšující se

tendenci. Vyznačují se mimořádnou heterogeností a variabilitou příznaků, projevů a z nich vyplývajících výchovných a vzdělávacích potřeb. (Ludíková, 2006)

Důkazem narůstajícího počtu osob s kombinovaným postižením je zvyšující se počet žáků ve školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Etiologie

Příčiny vzniku kombinovaného postižení nelze ve všech případech jednoznačně určit. Často dochází k jejich kombinaci a působí ve všech etapách vývoje a způsobují různé projevy, příznaky poruch, narušení či deficity.

Nejčastěji se vyskytující etiologické faktory:

- Genetické vlivy
- Chromozomální aberace
- Infekce, intoxikace
- Vývojové poruchy
- Poškození mozku a CNS
- Metabolické poruchy a nutriční činitelé
- Mechanická poškození
- Vlivy prostředí
- Traumata
- Děti s nízkou porodní hmotností
- Neznámé pre-, peri-, postnatální příčiny
- Kombinace příčin

Kombinované postižení predikují některé diagnózy, např. DMO, Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Apertův syndrom a řada dalších.

Nejčastějším primárním symptomem při těžkém postižení bývá mentální retardace. Opatřilová (2008, s. 14) tuto skutečnost definuje jako „Všeobecnou pravděpodobnost: čím závažnější stupeň MR, tím závažnější bude stupeň dalších

postižení a jejich četnost. Čím těžší stupeň projevů a příznaků jednotlivých poruch, tím závažnější bude vliv na oblast kognice a mentálních schopností vůbec.“

Nejvíce kombinovaných postižení je vázáno na poškození mozku, centrálního nervového systému, což bývá spojeno s koexistencí mentálního postižení. Každý jedinec je charakteristický svými osobnostními rysy, ale zároveň tyto osoby vykazují ve větší či menší míře podobné znaky. Konkrétní podoba jednotlivých projevů závisí na mnoha faktorech, jako např. druh, hloubka a rozsah postižení, věk, pohlaví, podnětnost prostředí.

Stupeň mentálního postižení lze považovat za určující faktor pro zařazování dětí do určitého typu základní školy. Žáci s vícečetným postižením, pokud je přidruženým postižením mentální postižení, se vzdělávají v základní škole praktické nebo v základní škole speciální.

Žák s těžkým mentálním postižením a souběžným kombinovaným postižením je vzděláván, jak již bylo uvedeno, podle RVP pro žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Z tohoto vymezení je patrné, že žáky ve třídě budou převážně žáci s těžkým mentálním postižením, hlubokým mentálním postižením, DMO s mentálním postižením od středně těžkého až po hluboké mentální postižení.

4.2. Společné charakteristické znaky žáků dané základní diagnózou

Žák se středně těžkým mentálním postižením

Psychomotorický vývoj je velmi opožděn, v šesti až sedmi letech dosahují úrovně maximálně tříletého dítěte, IQ dosahuje hodnot 35 – 49.

Jemná a hrubá motorika je opožděna, trvale přetrvává do dospělosti celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů. Dokážou si osvojit základy sebeobsluhy a jednoduché pracovní dovednosti, které vykonávají pod dohledem druhé osoby.

Učení je mechanické, omezené, vyžadující poměrně dlouhou dobu.

Myšlení je stereotypní, nepřesné, s tendencí ulpívat na nepodstatných detailech.

Paměť je mechanická s malou kapacitou.

„Poněvadž celkový psychický vývoj lidí se středním stupněm mentálního postižení dospívá až k podmíněné reflexní činnosti, jejich *řeč* může dosáhnout úrovně první signální soustavy. Poměrně známá je jejich schopnost mechanicky zopakovat někdy i delší řečové celky, aniž by rozuměli tomu, o čem vlastně mluví. Je to zřejmě vliv jejich relativně dobře vyvinuté napodobovací schopnosti. S tím souvisí i poměrně častá echolálie.“ (Lechta, 2002, s. 79)

Charakteristické pro *emocionalitu* je infantilismus, labilita, nevyrovnanost, negativismus, dráždivost, výbušnost.

U podstatné části jedinců lze zjistit organickou etiologii, poměrně často se vyskytuje i dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, tělesná postižení, neurologická onemocnění, zejména epilepsie.

Žák s těžkým mentálním postižením

U těchto osob je psychomotorický vývoj výrazně opožděn již od útlého věku, IQ se pohybuje v pásmu 20 – 34. Jedinci trpí *značným stupněm poruchy motoriky* nebo jinými přidruženými defekty. Základní hygienické návyky a částečně i jiné sebeobslužné činnosti si mohou osvojit dlouhodobým tréninkem pod přímým vedením druhou osobou, někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti a jsou tak odkázáni na pomoc druhé osoby.

Výrazně je omezena úroveň všech psychických schopností, nápadnosti jsou v koncentraci pozornosti, minimální je rozvoj komunikativních dovedností.

„Děti se obvykle vůbec nenaučí mluvit, jejich *řečové projevy* zůstávají na pudové úrovni, vydávají jen neartikulované výkřiky.“ (Lechta, 2002, s. 78)

U některých lze dosáhnout reakce na zavolání, jde však jen o situační reakci. Někdy se jim postupem času přece jen podaří osvojit si několik dysgramatických a zkomolených slov (máma, táta apod.), přičemž však akustická stránka těchto slov vyznívá spíše jako žvatlání než jako skutečně artikulovaná řeč. Významné je porušení afektivní sféry, typická je nestálost nálad a impulzivita, často bývá i sebepoškozování.

K postižení rozumových schopností se přidružuje i postižení pohybové, porucha zraku nebo sluchu, epilepsie.

Žák s hlubokým mentálním postižením

Vývoj neuropsychických funkcí je výrazně omezen, IQ dosahuje maximálně 20. Zásadní omezení jsou v oblasti porozumění požadavkům okolí a schopnosti na ně reagovat. Častá je *imobilita nebo výrazné omezení pohybu*. Jedinci bývají inkontinentní, vyžadují péči druhé osoby ve všech základních hygienických a sebeobslužných úkonech.

Oblast komunikace je často omezena na rudimentární neverbální způsob. Svoji spokojenost dávají najevo úsměvy, uvolněním, nespokojenost pláčem, celkovým napětím.

Citlivě reagují na taktilní podněty a zvuky, zejména na emoční tón hlasu, reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené.

U dětí jsou také běžné těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poruchy zraku, sluchu, velmi časté jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, především atypický autismus.

Žák s jiným mentálním postižením

Zařazení jedince do této kategorie se používá v případě, kdy stanovení stupně mentálního postižení je zásadně znesnadněno či přímo znemožněno v důsledku přidruženého senzorického nebo somatického postižení.

Nespecifikované mentální postižení

Tato kategorie se užívá v případech, kdy přes prokázané mentální postižení nelze daného jedince zařadit do žádné z výše uvedené kategorie.

Poměrně častý je spoluvýskyt mentálního a somatického postižení, nejčastěji jde o kombinaci mentálního postižení (různého typu a stupně) s DMO či epilepsií.

DMO je nejčastěji definována jako neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Obecnými znaky jsou abnormální svalové napětí, narušená koordinace pohybových dějů, vadná postúra trupu a končetin.

4.3. Formy DMO podle příznaků

1. Spastická forma

Poškození se týká pyramidového systému, který je zodpovědný za volní motoriku. Je narušená vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé, reflexní pohotovost je zvýšená. Spasticita orofaciálního svalstva ovlivňuje artikulaci.

Řeč je tvořena křečovitě, tvrdě se zvýšenou nosovostí, nerytmická, pomalá s omezenou intonací. Porucha řeči je diagnostikována jako pyramidová dysartrie. V důsledku poruchy inervace bývá porušen velofaryngeální uzávěr.

Dále lze rozlišovat spastickou formu na typ diparetický, hemiparetický, kvadraparetický.

Diparetický typ

Charakteristická je spasticita na obou dolních končetinách. Nejčastější příčinou vzniku je krvácení do mozkových struktur (nedonošené děti).

Psychický vývoj i intelekt dětí bývá většinou v normě nebo hraniční. Pohyby horních končetin jsou v pořádku bez omezení. Návik a samotná chůze jedince je závislá na stupni postižení dolních končetin, u těžších případů je chůze možná jen s oporou, v nejtěžších případech je dětem zajištěna mobilita díky vozíku. Dalším častým nálezem je strabismus, obtíže ve zrakové percepci.

Hemiparetický typ

Postižená je hybnost končetin jedné poloviny těla (levé nebo pravé). Více bývá postižena horní končetina. Tento typ postižení je způsoben poškozením mozkové hemisféry a to na protilehlé straně hybné poruchy. Příčinou bývá nejčastěji porucha zásobování části mozkové hemisféry krví následkem ucpání přírodní tepny nebo zánětu. Porucha se stává nápadnou až okolo 5.-6. měsíce věku dítěte při očekávaném nástupu cílené hybnosti.

Horní končetina bývá slabší, paže je v abdukci a vnitřní rotaci, loket ve flexi, zápěstí v palmární flexi, prsty v extenzi s abdukčním držením palce. Často je výrazně omezená jemná motorika, grafomotorika. Činnost oběma rukama současně je ztížena nebo není možná.

Dolní končetina je ve vnitřní rotaci, flektovaná v kolenním kloubu, špička směřuje dolů, dovnitř. Návik volné chůze u jedince je možný, může být negativně ovlivněn poruchou rovnováhy.

Intelektová úroveň dětí koreluje s mírou hemiparezy. Nejvýznamnější komplikací je epilepsie, až třetina dětí.

Kvadruparetický typ

Při tomto typu jsou postiženy horní i dolní končetiny, výraznější nález je na horních končetinách. Příčinou je poškození mozkového kmene a bazálních ganglií, může být i kalcifikace v talamu.

Hlava je v opistotonu, trup je v důsledku zvýšeného svalového napětí ohnutý dozadu, paže ve flexi, ruka v pronaci, ruce zavřeny v pěst, dolní končetiny ve vnitřní rotaci, extendované nebo flektované, chodidlo deformované tzv. koňská noha.

Hrubá i jemná motorika je výrazně postižena, samostatný stoj není možný. Výrazně bývá postižen i intelekt a řeč (bulbární dysartrie, anartrie), oromotorické funkce. Epileptické záchvaty se objevují u většiny dětí.

2. Nespastická forma

Hypotonický typ

Tento typ je spojen se snížením svalového napětí. Děti lze stočit do klubíčka, tzv. příznak pásowce, omotat jim paže kolem krku tzv. příznak šálový.

Dyskinetický typ (atetóza)

Základním projevem dyskinetického typu DMO jsou vůlí nepotlačitelné, nekoordinované a neúčelné pohyby narušující normální hybnost. Závažnost postižení je různá, od nejlehčích forem až po těžké typy.

Příčinou je postižení šedé hmoty v mozkovém kmeni, léze bazálních ganglií korelují s extrapyramidovými projevy, způsobené nedostatečným zásobováním kyslíkem v kombinaci s krvácením do mozkového kmene nebo silná novorozenecká žloutenka.

Zpočátku se projevuje jako hypotonie, prvním příznakem bývá dystonické otevření úst, kolem 8. měsíce se objevují mimovolní pohyby. Rozvoji stoje a chůze brání špatná kontrola trupu. Dyskineze se zdůrazňují při emocích. Rozvoj vokalizace a řeči negativně ovlivňuje postižení svalů orofaciální oblasti, žmoulavé pohyby jazyka

(extrapyramidová dysartrie), vyskytují se i poruchy polykání. Mimika je často postižena mimovolnými grimasami.

Intelekt dětí bývá zachován. Epileptické záchvaty se vyskytují výjimečně, u třetiny dětí je diagnostikován strabismus.

Cerebelární typ (ataxie)

Klinickým nálezem je centrální hypotonický syndrom, tzv. „žabí postura“ v poloze na břiše, apatie, porucha koordinace očních bulbů, psychomotorická retardace. Příčinou je atrofie mozečkových hemisfér, u poruch rovnováhy mohou být abnormality vermis.

Ataxie se vyznačuje omezenou schopností provádět cílené pohyby. Typické je lezení s rozšířenou bází, nejistá chůze, při provádění pohybů jemné motoriky nastupuje silný třes. Nedostatky se objevují v rozvoji řeči (cerebelární dysartrie). Verbální projev připomíná řeč opilého člověka, jazyk je neobratný, s tendencí ulpívat v jednotlivých artikulačních postaveních. Mentální postižení je převážně těžšího stupně.

Malé mozkové postižení

Je to nejlehčí forma DMO. Nejde o velké poruchy hybnosti, ale spíše o neobratnost nebo psychomotorický neklid.

4.4. *Obtíže žáků v komunikačních schopnostech*

U žáků s vícečetným postižením je vývoj řeči ve většině případů omezený, může být až úplná nemluvnost. Dosažená úroveň je limitována stupněm mentálního postižení, postižením motoriky a dalšími oslabeními. Převážně se jedná o tzv. symptomatické vady řeči, které jsou součástí základní diagnózy (MR, DMO, PAS atd.). Komunikační schopnost je narušena ve složce verbální i neverbální.

Obtíže, které lze pozorovat u žáků s kombinovaným postižením (DMO), vznikají již v raném věku. Objevují se problémy s příjmem a zpracováním potravy – žvýkání, polykání, koordinace pohybů čelisti, rtů a jazyka. Vyvíjejí se nesprávné, abnormální pohybové vzory v orofaciální oblasti, které se dlouhodobým užíváním plně zautomatizují a zafixují.

Převládá patologická aktivita držení těla, kdy hlava zaujímá takové kompenzační polohy, aby jedinec mohl nadále využívat orofaciální funkce významné pro přežití a komunikaci.

Patrné jsou i poruchy dýchání, často je to pouze ústní dýchání, případně kombinace nosního a ústního dýchání, paradoxní dýchání. „Při spastických formách je dýchání křečovitě, mělké, výdechový proud je nedostačující, nevytváří se znělá řeč. Výdech nestačí k vytvoření delších mluvních celků. Při dyskinetické formě je narušena koordinace dýchacího svalstva, dýchání je narušováno nepotlačitelnými mimovolními pohyby. Dítě je schopno jen krátkých prudkých výdechů.“

(Klenková, 2000, s. 49-50)

Pokud se u žáka rozvíjí verbální komunikace, pak bude její srozumitelnost snížena poruchami prozodických faktorů.

U těžších forem DMO se vyskytují poruchy tvorby hlasu. Hlas bývá tichý, nevýrazný, při zvýšeném úsilí může být tlačенý, nadměrně hlasitý.

Zvýšená námaha, emoce vedou ke zvýšení svalového tonu, k upevňování patologických reakcí.

Nejtypičtější poruchou řeči u těchto žáků je dysartrie (vývojová dysartrie), případně anartrie. Základní charakteristika byla podána v kapitole 2.

Rozvoj komunikačních schopností také velmi často znesnadňuje i porucha polykání-dysfagie.

Dysfagie

„Pod pojmem dysfagie rozumíme poruchu polykání pevné nebo tekuté potravy, která může nastat z různých příčin v průběhu transportu požití pevné stravy či tekutiny od úst do žaludku.“ (Kaulfusová in Škodová, 2003, s. 548)

Vzhledem k narušení polykacího reflexu, postižení orofaciální motoriky a nesprávné tělesné postuře se u žáků s DMO (kombinovaným postižením) často vyskytuje i zvýšený slinotok (hypersalivace).

Hypersalivace může mít více příčin:

- přetrvávající mírné uvolnění mandibuly v důsledku nedostatečné kontrakce zvedačů dolní čelisti
- dyssynergie tvářového mechanismu;
- změny intraorálního tlaku;
- léky na snížení svalového tonu. (Matějíčková in Morales, 2006, s. 82)
- u žáků s atetózou, u spastiků bývá frontálně otevřený nebo unilaterálně zkřížený skus, nemohou dosáhnout normálního postavení zubů na sebe
- neschopnost dítěte udržet hlavu ve správném postavení, ústa se otvírají s jazykem vystrčeným dopředu a sliny tak vytékají z úst
- není dostatečně vytvořený ústní uzávěr

„K častým příčinám poruch polykání v dětském věku patří tzv. „tlačení jazyka“. Jedná se o chybnou klidovou polohu jazyka, kdy jazyk tlačí na přední zuby nebo má svoji klidovou polohu mezi zuby (interdentální artikulační problémy). Tato chybná poloha a tím následný chybný pohyb jazyka se projevuje během polykání i mluvení.“ (Klenková, 2000, s. 51)

Polykací akt při současné ochraně dýchacích cest zajišťuje a koordinuje šest hlavových nervů: V. n. trigeminus (trojklanný), VII. n. facialis (lící), IX. n. glossopharyngeus (jazykohltanový), X. n. vagus (bludivý), XI. n. accessorius (přídavný) a XII. n. hypoglossus (podjazykový). Zajišťují jak senzoryckou tak motorickou inervaci.

„Odstranění narušeného polykání je nutné věnovat pozornost při cvičení orofaciální motoriky. Problematikou dysfagie se musí zabývat logoped ve spolupráci s fyzioterapeutem (rehabilitačním pracovníkem). (Klenková, 2000, s. 51)

5. Vzdělávání žáků s kombinovaným postižením v ZŠS se zaměřením na rozvoj komunikační schopnosti

5.1. RVP, podmínky a cíle edukace

Vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením je umožněno na základě Vyhlášky 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami a autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření.

Podpůrnými opatřeními se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, speciálně pedagogická péče, poskytování poradenských služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiná úprava organizace zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

„Žáci s těžkým mentálním postižením vykazují často poruchy motoriky, poruchy komunikačních schopností a další zdravotní omezení, takže je nutné, aby se vzdělávali na základě speciálně upraveného vzdělávacího programu. Vzdělávání má nejen jiný obsah, odlišné metody práce, ale vyžaduje i speciálně upravené podmínky. Pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením je charakteristické individualizované vzdělávání. Při vzdělávání se využívají alternativní a augmentativní komunikační systémy. Vzdělávání je doplněno rehabilitační tělesnou výchovou a relaxačními činnostmi.“ (Bartoňová, 2007, s. 215)

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami je od školního roku 2010-2011 realizováno na základě RVP pro vzdělávání žáků v základní škole speciální – II. díl vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Pro žáky s kombinací postižení následuje bližší specifikace podmínek vzdělávání v oddíle D tohoto RVP. Žáci s hlubokým mentálním postižením, kterým bylo stanoveno plnění školní docházky jiným způsobem, mohou být

vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu sestaveného v souladu s tímto RVP.

Vzdělávací proces by měl být zaměřen na podporu rozvoje elementárních komunikačních dovedností, pohybové samostatnosti, základů sebeobsluhy, soběstačnosti a zároveň by měl kultivovat osobnost žáka, rozvíjet jeho estetické cítění, výtvarné a hudební schopnosti.

Předpokladem pro naplnění cílů edukačního procesu je nutnost zajištění atmosféry jistoty a bezpečí jako základu vytváření vztahů. Při plánování a realizaci vzdělávacího procesu u žáků s kombinací postižení je dále třeba vycházet z konkrétního zjištění a popisu speciálních vzdělávacích potřeb a individuálních možností, které jsou diagnostikovány školským poradenským zařízením se souhlasem rodičů, zákonných zástupců.

Podmínky pro úspěšné vzdělávání žáků s kombinací postižení:

- „uplatňovat zdravotní hlediska a respektovat individualitu a potřeby žáka
- umožnit při vzdělávání využívání všech podpůrných opatření
- uplatňovat princip diferenciací a individualizace vzdělávacího procesu při organizaci činností, při stanovování obsahu, forem i metod výuky
- zabezpečit výuku ve všech předmětech včetně předmětů speciálně pedagogické péče pedagogickým pracovníkem s příslušnou kvalifikací
- zohlednit druh, stupeň a míru postižení při hodnocení výsledků vzdělávání
- odstraňovat architektonické bariéry a provádět potřebné změny, případně úpravy školního prostředí
- spolupracovat se zákonnými zástupci žáka, školskými poradenskými zařízeními a s odborníky z jiných resortů při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů
- spolupracovat s ostatními školami, které vzdělávají žáky se stejným druhem postižením
- umožnit ve ŠVP – pokud zdravotní postižení žáka objektivně neumožňuje realizaci vzdělávacího obsahu některého vzdělávacího oboru RVP ZŠS nebo jeho části - nahradit příslušný vzdělávací obsah nebo jeho část příbuzným, případně jiným vzdělávacím obsahem, který lépe vyhovuje jejich vzdělávacím možnostem

- upravit a formulovat očekávané výstupy vzdělávacích oborů v jednotlivých obdobích tak, aby byly pro tyto žáky z hlediska jejich možností reálné a splnitelné a těmto výstupům přizpůsobit i výběr učiva
- uplatňovat alternativní formy komunikace
- umožnit v případě potřeby, v souladu s právními předpisy, působení asistenta pedagoga a osobního asistenta ve třídě nebo studijní skupině
- vytvářet vhodné vzdělávací nabídky a tím podporovat zájmy žáků“
(RVP ZŠS, 2008, s. 96-97)

Cíle vzdělávání:

- osvojení základních hygienických návyků a sebeobslužných činností
- rozvoj pohyblivosti, dosažení co nejvyšší míry samostatnosti a orientace ve vztazích k okolí
- využívání systému AAK k rozvoji komunikačních dovedností žáka
- rozvoj schopnosti spolupráce žáka s blízkými osobami a vykonávat jednoduché úkony
- vytváření pozitivních vztahů ke spolužákům a k začlenění do kolektivu, rozvoj adaptačních schopností jako předpoklad pro sociální učení a integraci do společnosti
- vytváření u žáka potřeby projevoval pozitivní city
- rozvíjet pozornost, vnímavost a poznání.
- podporovat optimální rozvoj motoriky, senzoriky
- podporovat optimální rozvoj kognitivních procesů a komunikačních předpokladů
- podporovat proces komplexní rehabilitace

Na základě stanovených cílů se dále konkretizuje obsah vzdělávání pro konkrétní skupinu nebo jedince. Je nutné vždy respektovat charakter a závažnost těžkého zdravotního postižení, věk a specifické vzdělávací potřeby.

Klíčové kompetence

Vzdělávací proces je zaměřen na vybavení žáka s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami souborem elementárních klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná a která jim umožní najít vhodnou formu komunikace a soužití s okolím. Utváření klíčových kompetencí tvoří základ dalšího rozvoje žáků a jejich integrace do společnosti.

„K utváření a rozvíjení klíčových kompetencí musí směřovat a přispívat vzdělávací obsah, metody a formy práce. Vzhledem k závažnému poškození kognitivních funkcí žáků je kladen důraz na klíčové kompetence komunikativní, sociální a personální, pracovní. Elementárních klíčových kompetencí mohou žáci dosáhnout pouze za přispění a dopomoci druhé osoby.“ (Bartoňová, 2007, s. 210)

- Kompetence k učení
- Kompetence k řešení problémů
- Kompetence komunikativní
- Kompetence sociální a personální
- Kompetence pracovní

Jak již bylo zmíněno, u žáků s těžkým mentálním postižením a kombinací postižení je kladen důraz na kompetence komunikativní, sociální a personální, pracovní.

Na konci základního vzdělání se předpokládá, že žák bude mít osvojeny a zvládat dovednosti v rámci dané kompetence.

U žáků s kombinovaným postižením je třeba uplatňovat při vzdělávání speciálně pedagogické postupy a alternativní metody výuky. ŠVP jsou podkladem pro vypracování individuálních vzdělávacích plánů. Obsah ŠVP lze přizpůsobit a upravit podle individuálních možností žáků. Do ŠVP je možné zařazovat vyučovací předměty vytvořené podle vzdělávacích potřeb žáků s daným druhem postižení a předměty speciálně pedagogické péče, tj. zejména individuální logopedická péče, alternativní způsoby komunikace, zdravotní tělesná výchova, zraková stimulace apod., vyučování je uspořádáno jako otevřený variabilní proces. Celková povinná týdenní časová dotace pro

vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a kombinací postižení je 210 hodin v 1. až 10. ročníku.

K zařazení předmětů speciálně pedagogické péče (logopedická péče, rehabilitační péče, další předměty kompenzačního a reedukačního charakteru) je možné využít disponibilní časové dotace (20 hodin týdně).

Tab. 1: **Rámcový učební plán**

Vzdělávací oblasti	Vzdělávací obory	1. – 10. Ročník Počet hodin týdně Minimální časová dotace
Člověk a komunikace	Rozumová výchova	30
	Řečová výchova	20
Člověk a jeho svět	Smyslová výchova	40
Umění a kultura	Hudební výchova	10
	Výtvarná výchova	10
Člověk a zdraví	Pohybová výchova	20
	Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační výchova	40
Člověk a svět práce	Pracovní výchova	20
Disponibilní časová dotace		20
Celková povinná týdenní časová dotace		210

Zdroj: VÚP 2008

Při tvorbě denních rozvrhů je nezbytná spolupráce nejen s pedagogiky v dané třídě, ale i s logopedkou, fyzioterapeutem, případně ergoterapeutem. Jde o vzájemnou dohodu, který den a hodinu budou mít jednotliví žáci stanovenou speciálně pedagogickou péči, aby se jednotlivé činnosti nepřekrývaly, ale naopak, aby se vzájemně doplňovaly.

Vzájemná spolupráce všech účastníků a partnerů vzdělávacího a výchovného procesu je jednou z podmínek úspěšné realizace RVP ZŠS a z něho vycházejícího individuálního vzdělávacího plánu.

Proces edukace je založený na uplatňování metod, adekvátní volbě prostředků a forem při respektování edukačních zásad s ohledem na individuální předpoklady a potřeby jedince. Řídícím činitelem procesu je edukátor, který zabezpečuje osvojení si určených cílů. „Proces edukace a jeho výsledky jsou determinované:

- objektem edukace (postižený jedinec se speciálními edukačními potřebami);
- osobností a odbornými kvalitami edukátora;
- edukačním prostředím a jeho specifiky;
- možnostmi zpětnovazebního ovlivňování procesu edukace.“

(Vančová in Opatřilová 2005, s. 248)

„Při výběru metod edukace u žáků s kombinovaným postižením by měla být východiskem důsledná speciálněpedagogická diagnostika, znalost rodinného prostředí a možné podpory z její strany, doporučení dalších odborníků a uvědomění si vlastních reálných možností (edukátora) při realizaci zvolených metod.“ (Opatřilová, 2008, s. 28)

Organizační formy edukace

„Specifika organizačních forem edukace jsou dána délkou trvání (časový rámec), místem realizace (prostorový rámec), počet žáků a heterogeností žáků v rámci skupiny (fyzický věk, různá kombinace postižení). Mezi další činitele, kteří ovlivňují organizaci edukace, patří samostatný jedinec se svým specifickým charakterem postižení, konkrétní edukační model, cíle a úkoly, dále výběr a aplikace edukačních aktivit a intervencí, materiální prostředí, jeho úprava, speciální a technické pomůcky a nakonec počet edukátorů, jejich charakteristika a participace na edukaci. Jako nejefektivnější byla identifikována následující organizační uspořádání:

- individuální práce se žákem
- práce s malou skupinou žáků
- paralelní činnost dvou edukátorů
- frontální edukace, společná práce s celou skupinou.“

(Vančová in Opatřilová, 2008, s. 28-29)

„Formy edukace nelze jednoznačně časově ohraničit. Uvedené formy edukace je nutné střídat, obměňovat. Vždy se musí vycházet z konkrétní situace. Dominantním se stává stupeň, rozsah postižení a aktuální stav žáka.“ (Opatřilová, 2008, s. 29)

Vzdělávací obsah základního vzdělávání žáků s nejtěžšími formami mentálního postižení je rozdělen do pěti vzdělávacích oblastí. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou

tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory, které lze spojovat a vyučovat v blocích:

- Člověk a komunikace (Rozumová výchova, Řečová výchova)
- Člověk a jeho svět (Smyslová výchova)
- Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova)
- Člověk a zdraví (Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova, rehabilitační tělesná výchova)
- Člověk a svět práce (Pracovní výchova)

5.2. Vzdělávací oblast Člověk a komunikace

Tato vzdělávací oblast má stěžejní postavení ve výchovně vzdělávacím procesu, umožňuje žákům najít a rozvíjet vhodnou formu komunikace s okolím. Prostředkem vzdělávání jsou různé formy augmentativní a alternativní komunikace, které vedou k osvojení dovedností dorozumívání s okolím.

Vzdělávací oblast se realizuje ve vzdělávacím oboru *Rozumová výchova a Řečová výchova*.

Rozumová výchova je rozdělena na tématické okruhy:

Rozvíjení poznávacích schopností

Rozvíjení logického myšlení a paměti

Rozvíjení grafických schopností

Jednotlivé okruhy se vzájemně prolínají. Cílem výuky je rozvíjet rozumové schopnosti žáků na optimální možnou úroveň.

Řečová výchova je nasměrována na rozvíjení komunikačních dovedností.

Doporučený obsah učiva:

- oromotorika, cviky rtů a jazyka, cvičení mluvidel, dechová a fonační cvičení, nácvik správného dýchání
- sluchová a intonační cvičení, akustická diferenciacie, napodobování hlasů a zvuků
- fonetická cvičení, nácvik hlásek a slov, spontánní a jednoduché tematické rozhovory

- tvorba a rozvíjení slovní zásoby pomocí reálných předmětů, obrázků, fotografií
- systém augmentativní a alternativní komunikace
- počítačové programy zaměřené na rozvoj komunikace

Očekávané výstupy (žák by měl):

- reagovat na hlas a intonaci dospělé osoby
- snažit se o správné dýchání
- vyjádřit souhlas či nesouhlas – verbálně, gesty
- znát své jméno a reagovat na oslovení jménem
- znát jména nejbližších osob a spolužáků
- umět pozdravit, poděkovat – verbálně nebo gesty
- sdělit svá přání a potřeby – verbálním nebo nonverbálním způsobem
- využívat komunikační počítačové hry.

5.2.1. Individuální logopedická terapie

Rozvoj základních komunikačních dovedností, komunikačního procesu jako celku u žáků s kombinovaným postižením je limitován nedostatky v oblasti jemné a hrubé motoriky, emočně-volní, kognitivní a senzorické. Pro volbu podpůrného či alternativního komunikačního systému je potřeba u žáka zhodnotit úroveň a využitelnost motorických schopností např. rozsah, přesnost a rychlost pohybů ruky, ale i vhodnou polohu pro správné dýchání, polykání.

Diagnostiku, volbu a aplikaci metod logopedické terapie u jednotlivce provádí speciální pedagog-logoped (případně klinický logoped spolupracující se školou) ve vyučovacích hodinách speciálně pedagogické péče a následně instruuje ostatní pedagogy, rodiče, kteří se žákem pracují.

Při logopedickém vyšetření je potřeba u žáků s kombinovaným postižením dodržovat určité zásady:

- provádět komplexní diagnostiku, dodržovat princip komplexnosti, vycházet ze závěrů ostatních odborníků
- zajistit všechna anamnestická data

- vytvořit celkový obraz ze všech dostupných vyšetření a anamnestických údajů
- určit vývojové stádium řeči, ve kterém se žák aktuálně nachází
- dítě je nutné sledovat dlouhodobě, jednorázové vyšetření je nedostačující – záleží na somatickém stavu dítěte, úrovni pozornosti, kolísavosti výkonu, strachu z neznámého prostředí či situace, únavě, na typu a stupni primárního a přidruženého postižení
- zachovat princip emocionálnosti – tzn. vyšetřovat formou, která žáka povzbudí a nestresuje
- využívat speciální pomůcky

Následně je stanovena prognóza vývoje komunikační schopnosti a vhodné metody a postupy logopedické terapie, terapeutický plán. Komunikativní kompetence u žáků s vícečetným postižením je potřeba rozvíjet na úrovni verbální i neverbální, podporovat komunikaci na všech úrovních.

Obr. 2: Vývoj komunikace



Zdroj: Opatřilová, 2008, s. 97

Návrh terapeutická lekce

Při logopedické terapii je také bráno v úvahu, zda je žák schopen spolupráce.

a) spolupracující dítě:

- oční kontakt
- motivace
- polohování (reflexně inhibiční poloha)
- míčková facilitace (hrudní oblast, orofaciální oblast – respektovat a postupně zmírňovat hypersenzibilitu)
- dechová cvičení
- fonační cvičení
- přípravné artikulační cviky
- rozvoj sluchové percepce
- rozvoj zrakové percepce
- rozvoj jemné motoriky
- rozvoj receptivní složky řeči
- rozvoj expresivní složky řeči (přes onomatopoeia k slabikám a slovům, slovním spojením, větám)
- rytimizace, doplňování rýmů (i jen slabik)

b) žák bez schopnosti aktivní spolupráce

- oční kontakt
- motivace
- polohování
- masáž orofaciálního svalstva
- míčková facilitace
- korigování dysfagie
- stimulace preverbálních a verbálních schopností
- bazální stimulace, jiné stimulující metody

Způsoby rozvoje komunikační schopnosti žáka, stanovené logopedem, jsou zaneseny do IVP.

5.3. *IVP u žáků s kombinovaným postižením*

„Sestavení vychází z obecných principů tvorby IVP, tzn. na základě komplexní speciálně pedagogické diagnostiky se specifikuje aktuální úroveň žáka, která vystihuje specifické projevy a potřeby, vyjadřuje prognózu, taktéž určuje krátkodobé a dlouhodobé cíle intervence, předkládá obsahovou nabídku a procesuální záležitosti edukace, konkretizuje metody a časové období.“ (Opatřilová, 2008, s. 57)

Postup a stanovení podpůrného programu rozděluje Vítková (2001a) do tří základních oblastí:

- analýza výchozí situace
- určení cíle
- přiřazení speciálně pedagogických opatření

1. „Analýza výchozí situace

- Získání informací (kdo se o dítě stará, pozorování chování, zpráva, hodnocení).
- Situační analýza (popis a interpretace způsobů z vývojového hlediska).
- Srovnání vývoje s normou v jednotlivých dimenzích.
- Analýza specifických problémů (úkolem je zjistit, v čem spočívají individuální problémy a zvláštnosti v životních situacích, hledáme vysvětlení (příčiny) pro vývojová ustrnutí, regres, dáváme do souvislostí jednotlivé vývojové oblasti, ze zjištěných rozdílů nabízíme a určujeme podporu, ovlivnění konstitučními problémy jako je např. epilepsie, medikace, symptomy nepoznaných a neléčených nemocí atd.)

2. Určení cíle

- Představení potřeb (které způsoby budou stabilizovány, změněny?).
- Co žák z vyučování získá, jaké jsou jeho potřeby?
- Určení dalšího vývojového kroku v různých oblastech.
- Rozvoj perspektiv na překonání problémů.

3. Přiřazení speciálně pedagogických opatření:

- Strukturace podpůrných opatření (postupy, způsoby učení, obsahy).
- Použití podpůrných opatření (orientace na jednání, celistvost, životní blízkost).
- Cílená přeměna prostředí (revidujeme výchovné působení učitelů, vychovatelů, rodičů, popř. spolužáků, ale také změny v prostoru. Tato přeměna by měla splňovat kriteria celistvosti a orientace na praktické jednání, blízkost životních situacím, nácvik musí být zasazen do smysluplného rámce, zachováváme souvislosti vzhledem k reálné životní situaci (nenacvičujeme izolovaně).
- Vytvoření podmínek na ověření naučených dovedností (změnit vybavení třídy, relaxační kouty, kompenzační pomůcky, polohovadla, speciální vozíky, sklopné tabule, ohrádky, osvojené dovednosti a chování zabudovat do běžného dne, časté opakování, stabilizace, procvičování naučeného, variabilní možnosti uplatnění naučeného = podporovat transfer dosažených výkonů do domácího prostředí a do všech aktivit jedince).“

(Opatřilová, 2008, S. 58-59)

Před výběrem a začleněním podpůrných opatření, která mají splňovat kriteria celistvosti, orientace na praktické jednání a blízkost životním situacím je potřeba posoudit:

- možnosti a intenzitu spolupráce mezi jednotlivými účastníky edukačního procesu pro zajištění a dodržování jednotného přístupu k žákovi
- odbornou vybavenost pedagogů ve vybrané facilitační technice
- zajištění supervize
- možnost předávání informací o žákovi mezi edukátorem, který zajišťuje individuální speciálně pedagogickou péči a ostatními účastníky edukačního procesu.

6. Alternativní a augmentativní komunikační systémy

Alternativní a augmentativní komunikace představuje určitý přístup k osobám s těžkým tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, napomáhají tomu, aby se postižený stal aktivním komunikujícím partnerem. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči, augmentativní systémy podporují již existující komunikační schopnosti, které jsou však pro běžné dorozumívání nedostatečné.

„Výběr komunikačního systému je nutné posuzovat individuálně vzhledem k možnostem jedince a ve vztahu k předpokládanému vývoji.“ (Kubová, 1996, s. 11) Pro úspěšné stanovení AAK intervence je důležité podrobné vyšetření dítěte a informace od osob, které jsou s ním v pravidelném kontaktu.

6.1. Diagnostika

„Pro stanovení terapeutického postupu zjišťujeme:

- rozumění signálům neverbální komunikace;
- rozumění řeči;
- současné způsoby komunikace (verbální i neverbální) a jejich úspěšnost, včetně případného spontánního užívání náhradních forem komunikace;
- vyjadřování ano/ne;
- zrakové a sluchové vnímání;
- rozumění symbolům a případné čtenářské dovednosti
- úroveň motoriky (hrubá a jemná motorika, rozsah, přesnost a rychlost pohybu ruky pro zhodnocení fyzického přístupu ke komunikačním pomůckám včetně sezení a polohování) – cílem je zjistit motorické schopnosti, nikoli popsat motorické obtíže;
- motivaci ke komunikaci a potřebu dorozumět se;
- sociální dovednosti včetně vztahů k vrstevníkům;
- emoční projevy, chování;
- kognitivní schopnosti;
- základní znalosti a perspektivy školského zařazení;

- způsob trávení času, v jakém prostředí se uživatel pohybuje;
- očekávání klienta a osob v jeho okolí, úroveň podpory.“

(Laudová in Škodová 2003, s. 562-563)

Systém AAK je možné využít v případě, kdy je zajištěna spolupráce rodičů, nejbližšího okolí a ochota naučit se s dítětem komunikovat prostřednictvím zvolené AAK.

„Výhody alternativních způsobů komunikace:

- snižují tendenci k pasivitě dětí, které mají speciální potřeby
- zvyšují zapojení dětí a jejich pečovateli během vzdělávacích činností a ve volném čase
- napomáhají rozvoji kognitivních jazykových dovedností
- umožňují dětem se samostatně rozhodovat
- rozšiřují možnosti pro komunikaci dětí, které mají speciální potřeby
- umožňují tomu, kdo má velké potíže při vyjadřování, aktivně se zúčastnit konverzace tam, kde byl pouze pasivním a často opomíjeným posluchačem

Nevýhody alternativních systémů komunikace:

- jsou společensky méně využitelné, než mluvená řeč,
- alternativní systémy vzbuzují pozornost veřejnosti,
- nebezpečí je nutno vidět i v určitém oddělení uživatele od té části veřejnosti, která tyto systémy neovládá; všichni účastníci komunikace by si tyto systémy měli osvojit,
- zavedení alternativních systémů může být někdy považováno za důkaz, že dítě nebude nikdy mluvit,
- proces porozumění předchází před vyjadřovacím procesem, takže to trvá určitou dobu, než dítě začne využívat alternativní systém k vyjadřování.“

(Kubová, 1996, s. 12)

6.2. *Klasifikace AAK:*

Komunikační systémy lze rozlišovat na dynamické a statické nebo na systémy, které při komunikaci vyžadují/nevyžadují pomůcky.

Dynamické komunikační systémy – znaky a gesta, prstová abeceda, znaková řeč pro neslyšící, Makaton.

Statické komunikační systémy – systém Bliss, piktogramy.

Komunikační systémy nevyžadující pomůcky – přirozený znakový jazyk neslyšících, znaková čeština, znakování klíčových slov, prstová abeceda, cued sérech (systém osmi tvarů ruky, které reprezentují skupiny souhláskových zvuků a šesti poloh ruky u obličeje), metoda Tadoma, Lormova abeceda. Metoda facilitované komunikace, která je založena na fyzické podpoře ruky postiženého, kterou chce postižený něco sdělit, zároveň je mu poskytována facilitátorem psychická podpora pro zahájení komunikace a pro cílené jednání.

Komunikační systémy vyžadující pomůcky

- *netechnické pomůcky (symboly)* – trojrozměrné předměty, fotografie, Bliss symboly, Picture Communication Symbols (PCS), Makaton, piktogramy, komunikační tabulky. „Sociální čtení je chápáno jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zřaková znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se často objevují v okolním prostředí nebo v širším kontextu, aniž by byly využívány čtecí technické dovednosti. Sociální čtení chápeme tedy v tomto kontextu jako součást sociálního učení.“ (Kubová, 1996, s. 33)

- *technické pomůcky* – pomůcky se zřakovým výstupem, pomůcky s hlasovým výstupem (digitalizovaná nebo syntetická řeč), počítač jako komunikační pomůcka.

V zahraničí jsou známy a rozvíjí se i možnosti komunikace s těžce tělesně a mentálně postiženými dětmi, jsou prováděny pokusy na pozadí porozumění vlastnímu tělu pomocí fenomenologicko-hermeneutické metody. Člověk, který pracuje s takto

postiženým dítětem, se ve své tělesné a duševní jednotě vcítí do dítěte a s ním vstoupí do „bazálně dialogického vztahu“.

„Dosa – pohybová komunikace“ je velmi klidná podpůrná metoda, která vyžaduje od pedagoga koncentraci a připravenost k velké tělesné a emocionální blízkosti k těžce postiženým dětem. Aby k tomu mohlo dojít, musí se vychovatel nejprve postarat o klidné a příjemné prostředí, ve kterém je odstraněn veškerý hluk a rušení. V tomto klidném a nerušeném prostoru je spíše možné dítě a sebe samotného vědomě cítit a prožít. Při dotyku dítěte musí být vědomě vnímáno vlastní chování těla, vědomě vnímány vlastní myšlenky a pocity. V dalším kroku se vychovatel soustředí na „dítě“, jeho výraz, jeho pozici těla, na možnosti změn, které umožňují přijetí kontaktu.“ (Bergeest in Klenková, 2000, s. 74)

Laudová (in Škodová 2003) uvádí *čtyři hlavní složky schopnosti optimálně využívat AAK podle Janice Light*:

- 1. lingvistická kompetence** – adekvátní ovládnutí rodného jazyka, kódů při užívání AAK zajištění přirozených jazykových modelů, řečová a jazyková stimulace, nalezení přiměřené rovnováhy mezi slovní zásobou navrženou podle vývojových vzorů normálního jazykového vývoje a těmi pojmy, jež jsou smysluplné pro konkrétní dítě.
- 2. operační kompetence** – motorické a kognitivní dovednosti potřebné k signalizaci vzkazu a ovládnutí technických dovedností požadovaných při obsluze systému.
- 3. sociální kompetence** – znalosti a dovednosti v sociálních pravidlech komunikace, např. odpovídající oční kontakt, udržení rovnováhy mezi vlastním vyjadřováním a posloucháním.
- 4. strategické kompetence** – užívání různých komunikačních strategií v rozličných situacích, flexibilita při úpravě komunikačního stylu, tak aby vyhovoval

příjemci. Významná je role mluvčího komunikačního partnera, který musí umět rozpoznat snahu uživatele o komunikaci a reagovat na ni, znát způsoby, jak udržet a rozvíjet konverzaci s uživatelem.

„Úspěšný rozvoj komunikačních schopností u dětí i dospělých s těžšími poruchami komunikace vyžaduje týmovou spolupráci odborníků z různých oborů: klinických logopedů, lékařů, speciálních pedagogů, klinických psychologů, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, výrobců speciálních pomůcek, ergonomů, programátorů atd. Spolupráce všech členů léčebně-rehabilitačního týmu je také předpokladem dalšího rozvoje metod i technických pomůcek k rozšiřování náhradních komunikačních technik.“ (Laudová in Škodová 2003, s. 576)

7. Týmová spolupráce

7.1. Pojetí týmu

„Anglické slovo TEAM lze vnímat jako zkratku klíčových slov:

- **T**ogether
- **E**verybody
- **A**chieves
- **M**ore

Volně přeloženo: společně dosáhneme více.“ (Kolajová, 2006, s. 12)

Definice týmu

„Týmem rozumíme nejlépe tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci a mají pocit společné identity, společného vědomí „my“. Všichni se snaží dosáhnout stejného cíle. Dodržují většinou nepsané normy či pravidla, podle kterých dobrovolně a z vlastní vůle pracují a jednají.“ (Kolajová, 2006, s. 12)

Dále Kolajová (2006) týmy dělí na:

- formální, zaměřené na dosahování cílů organizace:
 - tradiční organizační jednotky (např. katedra nebo oddělení)
 - týmy řešící problém, tzv. projektové
 - týmy top manažerů v jedné společnosti
 - kroužky kvality
 - mezinárodní týmy (nadmárodní společnosti)
- neformální, které uspokojují vlastní potřeby členů:
 - sebeřídící týmy (nemají vedoucího)
 - rozmanitá zájmová sdružení či kluby

Dělení týmů podle doby trvání, na kterou vznikají:

- na dobu určitou
- na dobu neurčitou

Týmy se mohou sestavovat z interních pracovníků, externích odborníků, případně může být sestaven smíšený tým. Interní tým má velkou výhodu v tom, že obvykle bývá sestavován z lidí, kteří se vzájemně znají a mají spolu úzký, často každodenní kontakt. Jejich výměny mohou probíhat plynule a s častou frekvencí. Jsou značně operativní, protože mohou velmi rychle reagovat na různé situace a změny. Externí tým se podstatně hůře řídí, je méně operativní a pracovní schůzky jsou méně časté. Určitým kompromisem je tým smíšený, kde „domácí“ členové týmu zajišťují agendu, zatímco externisté fungují spíše jako konzultanti nebo oponenti projektu.

„Tým může mít i podobu volného týmu, kde každý člen pracuje na svém úkolu a odevzdává výsledky své individuální činnosti, nebo týmu soudržného, kde každý má svou roli, ale všichni znají finální výsledek i vazby mezi sebou, často spolupracují, radí se apod. Výsledky práce soudržného týmu jsou kolektivním dílem a mnohdy jsou výsledkem konsenzu nebo kompromisu.“ (Horská, 2009, s. 86)

7.2. Týmová spolupráce – zaměření na rozvoj komunikační schopnosti

Pojem týmová spolupráce je často uváděn v odborné speciálně pedagogické literatuře jako jedna z podmínek kvalitní komplexní rehabilitační péče o dítě s postižením. Kábele (1988) zdůrazňuje kolektivní, týmový charakter koordinované spolupráce odborných pracovníků od samého začátku rehabilitační péče o dítě s postižením. Důsledky neúplné nebo nedostižné účinné rehabilitační péče se projevují nejtěživěji v poslední fázi, při pracovním a společenském zařazení, kdy mnohé děti nenacházejí uplatnění. Dále uvádí nezbytnost spolupráce a koordinace léčebné a výchovné péče, koordinaci metodickou i časovou při rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s těžším stupněm DMO, důležitost předávání informací mezi rehabilitačními pracovníky, pedagogiky a rodiči o současném stavu dítěte, prognóze hybnosti postiženého dítěte i s programem pohybové léčby a dohody jak bude na tuto terapii

navazovat pohybová výchova ve škole (rozvíjení dorozumívacích dovedností) i mimo školu a v rodině.

Týmová spolupráce jako podpora jedince s postižením se předpokládá po celý jeho život. Upravuje se pouze složení týmu, cíle působení týmu a to podle věku jedince s postižením a podle míry a typu podpůrných opatření.

7.3. Podstata týmové spolupráce v jednotlivém období věku dítěte

Rané dětství

Rané dětství je ve vývoji člověka nejkritičtější obdobím, v němž se rozhoduje o celém zaměření dalšího vývoje biologického, psychického i sociálního.

Stimulace vývoje dítěte je nejvhodnějším v tomto raném období, kdy je možné ovlivňovat fyziologické i psychické procesy, neboť kompenzační možnosti mozku jsou obrovské. Mozek malého dítěte je schopen regenerace a kompenzace vzniklých poškození při včasné stimulaci.

Opatřilová (2005) uvádí nezbytnost úzké spolupráce všech zainteresovaných odborníků (lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, terapeutů) s rodiči postiženého dítěte jako určující prvek pro kvalitu a funkčnost rané podpory dítěte. Těžiště jejich práce spočívá jednak v poradenství rodičům, jednak v podpoře dítěte. Včasná péče a podpora dítěte zmírňuje nebo eliminuje vznikající postižení. Kompetence rodičů jako přirozených vychovatelů svého dítěte se při tom musí zachovat a vhodným směrem posílit.

Včasná intervence u nás probíhá odděleně, část medicínská a část pedagogická. Chybí legislativní propojení poskytování rané péče medicínské, pedagogické i sociální. Lékaři a fyzioterapeuti vstupují do kontaktu s dítětem a jeho rodiči u rizikových dětí hned po jejich narození, u ostatních v době, kdy se poškození zjistí. Děti jsou v péči odborných specializovaných poraden, zřízených většinou při nemocnicích, zde je realizováno vyšetření neurologické, psychologické a další podle potřeby dítěte, je jim poskytována ambulantní rehabilitační péče.

V praxi týmová spolupráce probíhá zejména na úrovni medicínské, v týmu odborných lékařů bez praktické vazby na péči pedagogickou a sociální. Rodič se

dostává do role „terapeuta“, bez předchozích odborných zkušeností. Jeho úkolem je provádět stimulační cvičení s danou intenzitou a přesností a zároveň plnit funkci jakési zpětné vazby stimulace – dítě – lékař. Otázkou je, do jaké míry je brán jako rodič, který má potřebu být vyslechnut, potřebu vzniklou situaci jednoduše, laicky vysvětlit, potřebu pomoci překonat vzniklou tíživou situaci. Z důvodu nedostatečného prostoru pro základní mezilidskou komunikaci tak dochází k nepříjemným situacím, které rodičům tíživou situaci ještě více přitíží.

Rodiče sami pocítují i při správně vedené péči lékařské, že jejich dítěti chybí podpora pedagogická. Proto „předčasně“ vyhledávají SPC (před třetím rokem věku dítěte), Centra rané péče.

„Raná péče by měla být poskytována na základě těchto principů:

- návaznost na lékařskou péči,
- respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti rodiny,
- komplexní přístup,
- orientace na rodinu (začlenění rodičů do týmu spolupracovníků), pomoci rodičům a dětem najít jejich schopnosti a mechanismy k zvládnutí postižení,
- zajištění služeb v přirozeném prostředí dítěte – v jeho rodině,
- podporovat sociální integraci dětí s postižením a jejich rodin,
- právo rodiny službu si vybrat nebo ji odmítnout,
- standardizace státem garantovaných služeb – zajištění odbornosti,
- veřejná kontrola – akreditace poskytovatelů služeb.“ (Klenková, 2000, s. 73)

Komplexní péči dětem v raném věku poskytují dětské denní rehabilitační stacionáře. Ucelenou rehabilitační péči, tzn. péči léčebnou, výchovně vzdělávací, psychologickou i sociální má zajišťovat *tým odborníků*:

- pediatr
- neurolog
- rehabilitační lékař
- foniatr
- dětské sestry

- fyzioterapeuti
- psycholog
- speciální pedagog-logoped
- učitelky MŠ se speciálně pedagogickou kvalifikací
- sociální pracovníce

Cílem odborného působení je podpora vývoje dítěte, jeho motorických schopností, vnímání (kognitivních procesů), vytvoření sociálního chování, schopnost účastnit se komunikačního procesu. Rozvoj komunikačních schopností však vyžaduje každodenní přítomnost speciálního pedagoga-logopeda a jeho spolupráci s ostatními členy týmu, zejména s fyzioterapeutem. Tato podmínka není vždy zajištěna, mnohdy dochází logoped na pracoviště jedenkrát týdně, což lze považovat za nedostačující.

Nelze se věnovat jen rozvoji hybnosti u tělesně postižených dětí rehabilitačním pracovníkem (fyzioterapeutem), ale již od momentu diagnostikování dětské mozkové obrny je třeba podporovat dítě v rozvoji komunikační schopnosti. Předpokladem je dobrá spolupráce fyzioterapeutů se speciálními pedagogy-logopedy, protože při fyzioterapii dochází k rozvoji motoriky hrubé i jemné, což kladně ovlivňuje vývoj hybnosti orgánů v orofaciální oblasti. (Klenková, 2000)

Zároveň speciální pedagog-logoped za pomoci fyzioterapeuta určí u dítěte optimální klidovou (reflexně inhibiční) polohu.

Předškolní věk 3 – 6 (7) let

V průběhu tohoto období dochází k postupnému přesunu rehabilitačních priorit. Tak jak byla upřednostňována léčebná péče v raném období dítěte a individualizovaná pedagogická péče, tak v období předškolního věku se tato situace obrací. Intenzivnější spolupráci všech složek rehabilitační péče lze zaznamenat při vstupu dítěte do mateřské školy (MŠ speciální nebo integrace do běžné MŠ), většina dětí se stává klientem SPC (záleží na dostupnosti). Odbornými pracovníky SPC je speciální pedagog - logoped (další specializace podle zaměření SPC), psycholog, sociální pracovníce. Podle potřeby dítěte spolupracují pracovníci SPC s odbornými lékaři – neurolog, ortoped, rehabilitační lékař, foniatr apod., většinou jde o odborná vyšetření a doporučení. Pracovníci SPC

provádí s klienty činnost reedukační, kompenzační i edukační, poskytují poradenské služby rodičům, učitelkám MŠ, pořádají kurzy pro rodiče i pedagogy.

Činnost s klientem probíhá v prostorách SPC, ale i (u dětí s těžkým kombinovaným postižením zejména) v rodinném prostředí. Rodiče jsou tak účastni při rozvíjení komunikačních dovedností, mohou sledovat při činnosti speciálního pedagoga s dítětem, mohou se dotazovat.

Těžiště týmové spolupráce je ve spolupráci rodič – speciální pedagog MŠ – odborníci SPC (logoped). Spolupráce s odbornými lékaři se většinou zužuje na předávání základních aktuálních informací o dítěti, jejichž zprostředkovatelem jsou rodiče. Vzniká širší tým spolupracovníků (odborní lékaři, speciální pedagog MŠ, SPC, rodič) a úzký tým spolupracovníků (rodič, speciální pedagog MŠ, pracovník SPC).

„Pro správnou podporu preverbálních a verbálních schopností dětí v raném věku (při umístění do denního rehabilitačního stacionáře, případně ve věku tří až čtyř let při umístění do speciální mateřské školy) je důležité zdůraznit ještě jednou tato fakta:

- Logopedickou péčí v raném věku postižených dětí pojmut jako součást ucelené rehabilitační péče, rozvoj celkové hybnosti ovlivňuje rozvoj jemné motoriky, přispívá k rozvoji sebeobsluhy, k rozvoji poznávacích procesů. Rozvoj hrubé a jemné motoriky ovlivňuje motoriku mluvních orgánů. Stimulací všech těchto schopností se mohou v průběhu denních aktivit zabývat v denních rehabilitačních stacionářích zdravotní sestry pod vedením logopeda, ve speciálních mateřských školách učitelky se speciálně pedagogickým vzděláním.
- Výchova řeči u postižených dětí vyžaduje účast rodičů. Je vhodné, aby se rodiče (nebo jeden z rodičů) měli možnost být v určitém časovém úseku, např. v průběhu jednoho týdne, společně ve stacionáři nebo v mateřské škole celý den. Mohou se zúčastnit všech léčebně terapeutických i výchovných činností, naučí se správný postup při různých terapeutických metodách. V této činnosti budou moci pravidelně pokračovat i v domácím prostředí.
- Logoped ve spolupráci s fyzioterapeutem nalezne reflexně inhibiční polohu, která je individuální u každého dítěte podle typu postižení.
- Vývoj hybnosti i řeči musí procházet určitými stadii. Zásada vývojovosti musí být při rehabilitační péči vždy respektována. Musí se věnovat pozornost rozvoji

rozumění řeči. Později se zdokonaluje artikulace. Pozornost věnujeme rozvoji neverbální komunikace.

- Mnohé postižené děti však nezvládají primární funkce, důležité pro tvorbu řeči - sání, žvýkání, polykání, dýchání i fonace. Při terapii se musíme řídit typem a formou postižení.
- Při nácviku správného dýchání, při dechových cvičeních musí odborníci individuálně posoudit vhodnost cvičení pro postižené dítě, neboť při dechovém cvičení může dojít (i když jen na malou chvíli) k přerušení okysličení mozku a to je nebezpečné např. pro děti s epilepsií.
- Ovlivňujeme-li vývoj řeči postižených dětí, musíme rozvíjet jejich sluchové vnímání, rozvíjet fonemický sluch, neboť bez správného vnímání a rozlišování zvuků, které dítě obklopují, se nemůže naučit rozlišovat fonémy naší řeči, nemůže se rozvíjet rozumění řeči, nevytváří se pasivní slovní zásoba.
- Všichni pracovníci ve stacionářích i speciálních mateřských školách společně s rodiči musí poskytovat dítěti správný řečový vzor, se kterým se má dítě při výchově řeči ztotožnit. Podněcuje se tím u dětí chuť komunikovat, zvyšuje se „mluvní apetit“.“ (Klenková, 2000, s. 94-95)

Školní věk

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným kombinovaným postižením je realizováno v ZŠ speciální (RVP II. díl vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, bližší specifikace podmínek vzdělávání oddíl D). Poměrná část žáků je vzdělávána na základě IVP. Součástí vzdělávání je rozvoj komunikačních schopností. Zde je důležité sjednotit působení jednotlivých odborníků, kteří poskytují individuální péči (logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut) v rámci speciálně pedagogické péče ve škole a speciálními

pedagogy, kteří pracují se žákem ve třídě, jak po stránce metodické, tak i organizační. Nezbytností je pak spolupráce s rodiči žáka.

Opět je možné týmovou spoluprací rozdělit na dva typy – širší tým tj. odborní lékaři, ambulantní fyzioterapeutická péče, speciální pedagog školy, rodič. Intenzita spolupráce je závislá na četnosti kontrolních vyšetření, zdravotním stavu dítěte. Těžiště spolupráce spočívá převážně v předávání aktuálních informací o dítěti, zejména změny zdravotního stavu, psychomotorického vývoje. Zprostředkovateli předávaných informací jsou rodiče. „Spolupráce s rodinou a nutnost informovat rodiče o závěrech odborníků je zdůrazňována již od šedesátých let 20. století. Dle platné legislativa (vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb.) má být zajištěno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s tím, že při vytváření individuálních vzdělávacích plánů se klade důraz na spolupráci učitelů s rodiči. Přesto však mnohé průzkumy hovoří o problémech odborníků komunikovat s rodiči dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Upozorňují na nedostatek v oblasti předávání informací, neschopnost předat informace srozumitelným způsobem či neověření si, zda rodič informacím porozuměl.“ (Dále in Hájková 2009, s. 56)

Týmovou spoluprací blíže popisuje Sroková (2004), která uvádí: „Pedagogové a další odborníci pracující s žákem vyžadující speciální vzdělávací potřeby spolupracující v týmech a podílejí se na zpracování individuálního vzdělávacího programu a speciálně pedagogické diagnostice.“ (Sroková, Vavrošová, 2004, s. 27)

Členy týmu jsou:

- učitel-třídní učitel
- vychovatel
- logoped
- pomocný vychovatel
- speciální pedagog SPC

Zaměstnanci spolupracují v týmu při přímé výchovné a vzdělávací práci s žákem. Spolupracují s výchovným poradcem a sociální pracovníci SPC zvláště při speciálně pedagogické diagnostice a dalšími odborníky při získávání podkladů k zajištění kvalitního individuálního vzdělávacího programu žáka. Pracovní týmy ve

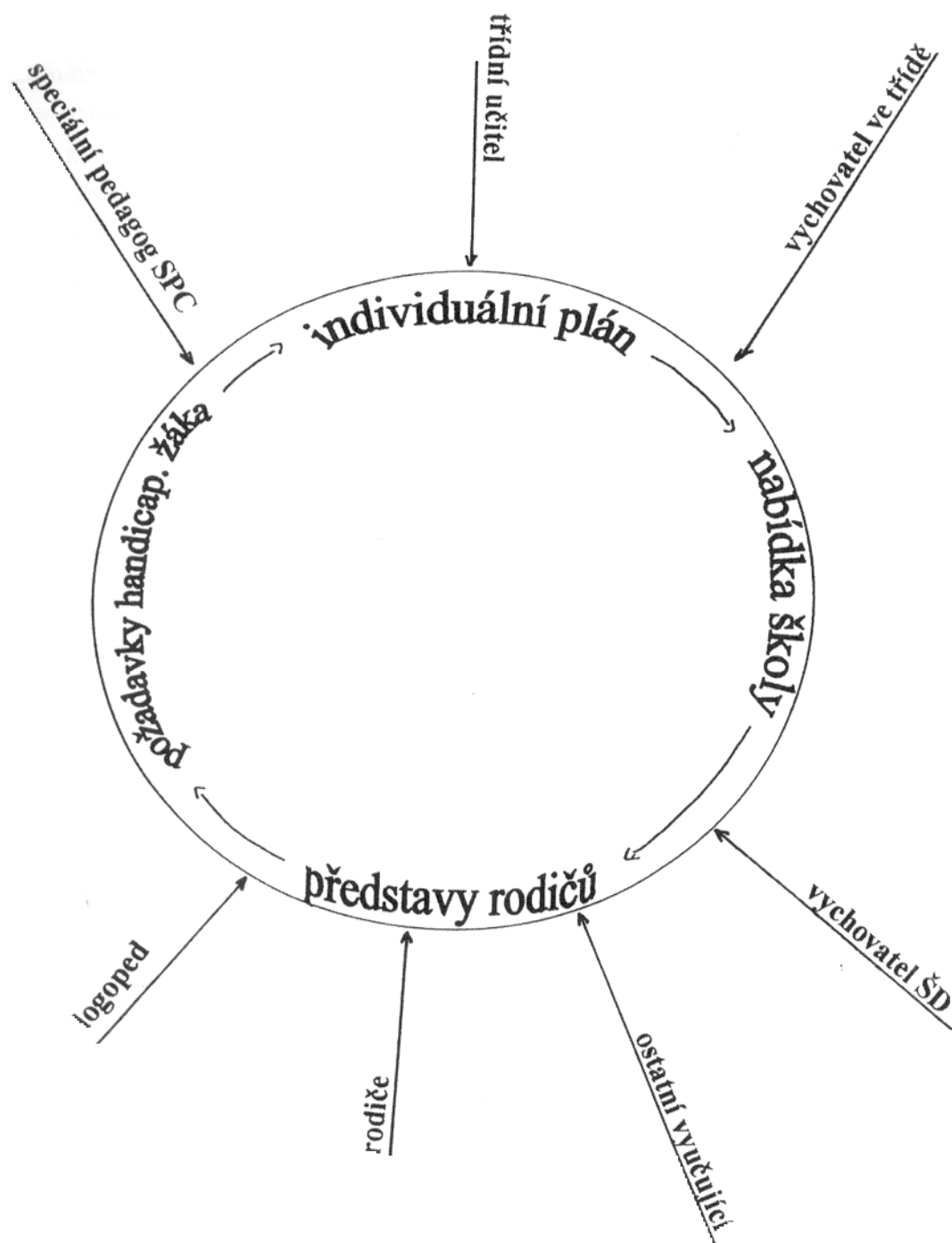
třídách pro žáky s těžkým postižením a více vadami vede k efektivní individuální práci s postiženým dítětem. Kdo, kdy a v jakém rozsahu pracuje s žákem, stanoví individuální vzdělávací program žáka.

Podmínkou úspěšné kooperace pedagogů v týmu je jejich vysoká profesionalita. Vedoucím pracovního týmu je třídní učitel-speciální pedagog, odborník, který je schopen zajistit komplexní péči o handicapovaného žáka v podmínkách speciální třídy, školy. (Sroková, Vavrošová, 2004)

„Učitel v současné speciální škole musí ovládat:

- metody alternativní komunikace
- práce na PC
- využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
- koordinaci práce s vychovatelem a asistentem
- navazovat na práci klinického logopeda
- spolupracovat s odborníkem SPC (tyflopéd, surdopéd, somatopéd)
- navazovat na práci fyzioterapeuta
- spolupracovat s odborným lékařem (neurologem, psychiatrem)
- ovládat odborné názvosloví
- vést náročnou dokumentaci žáka
- zpracovávat ve spolupráci s odborníky individuální vzdělávací program žáka
- taktně a ohleduplně jednat s rodiči
- spolupracovat s OPD a policií ČR“ (Sroková, Vavrošová, 2004, s. 27)

Obr. 3: Spolupráce pracovního týmu v rámci IVP



Zdroj: Sroková, Vavrošová, 2004, s. 25

7.4. Role rodičů ve vztahu ke škole

V době socialismu byla výchovná kompetence rodičů podceňována, zejména u rodičů dětí s těžším postižením. Rodiče byli přesvědčováni o tom, že ústavní péče je pro dítě a pro rodinu tím nejlepším řešením. Ústavní péče měla dítěti poskytnout výborné materiální zázemí a péči kvalifikovaného odborného personálu, kterou mu rodiče zajistit nemůžou. Rodiče měli právo na informace o dítěti, avšak k jejich názoru na podobu výchovy jejich dítěte nemuselo být přihlíženo v plném rozsahu. Huspeka označuje rodinu za „pasivního činitele“. Spolupráce rodičů a odborníků spočívala jen ve strohých informacích o vlastním onemocnění a terapii postiženého dítěte. Individuální instruktáže absolvovali rodiče při přijímání či propouštění dětí z lázeňských pobytů a byly zaměřovány na základní informace o podstatě postižení, léčbě a možnostech dalšího školního vzdělávání. (Čiháček in Rabušicová, 2004, s. 86)

Veškeré aktivity tak byly realizovány odborníky na odborných pracovištích a rodiče se stali pouze pozorovateli při výchově svého dítěte.

Po roce 1989, kdy došlo k zásadním změnám ve společenském zřízení, v možnostech vzdělávání žáků s těžkým mentálním a kombinovaným postižením, se rodiče dostávají do zcela nových rolí ve vztahu ke škole. Šedřová (in Rabušicová, 2004) z nejmenované literatury vymezuje čtyři základní varianty rolí.

A. Rodiče jako klienti - zákazníci

Tento model rodičovských rolí vnáší do pohledu na rodiče dvě možné perspektivy:

- učitelé ve škole jsou odborníky na poskytování žádaných služeb a vědí nejlépe, jak dělat svou práci, jak získávat zákazníky a jak o ně pečovat
- rodiče jsou odborníky na výchovu svých dětí, a proto vědí nejlépe, jaké služby školy a jaké přístupy mají požadovat.

Rodiče se však přímo nepodílí na podobě školního vzdělávání. Školu si vybírají podle nabízených služeb, pokud nejsou s naplňováním nabízených služeb spokojeni, tak své dítě přemísťují na školu jinou.

B. Rodiče jako partneři

Jde o rovnoprávný vztah mezi oběma stranami, v jehož rámci se učitelé snaží potlačovat svou roli odborníků a přijímat pohledy rodičů jako obohacení pro svou práci. Dosažení obousměrnosti ve smyslu závazků jak školy, tak rodiny by mělo být realizováno v šesti kategoriích zapojení rodičů do výchovy dětí a vztahů se školou. „Následující typologie Epsteinové nabízí šest kategorií zapojení rodičů do výchovy dětí a vztahů se školou:

1. Povinnost rodiny podporovat dítě v přípravě do školy – jedná se o naplnění základních povinností rodiny, které se týkají zajištění zdraví a bezpečí svých dětí, rozvíjení jejich sociálních dovedností a chování, které jim umožní využít plně jejich vzdělávací příležitosti. Jde o vytvoření bezpečného a podporujícího zázemí. Škola pomáhá tuto povinnost plnit.
2. Komunikace mezi rodinou a školou – škola má povinnost informovat rodiče o životě a práci dítěte ve škole a o jeho pokroku. Na ní rovněž leží úkol vytvořit podmínky pro oboustrannou komunikaci.
3. Zapojení rodičů do života školy – rodiče a členové rodiny přicházejí do školy, aby se účastnili sociálních aktivit, sportovních setkání, výletů, koncertů, vystoupení apod. mohou být rovněž vyzváni k pomoci při organizování těchto akcí. Oboustranně nejnáročnější aktivitou je účast rodičů ve vyučování, jedná se o jejich aktivní účast ve školním vzdělávání.
4. Zapojení rodiny do přípravy dětí do školy – rodiče a další členové rodiny by měli dětem pomáhat při kontrole domácích úkolů, účastnit se výzkumných snah a sdílet řadu neformálních edukačních aktivit. Školy hrají rozhodující roli v pomoci rodinám vstoupit do tohoto důležitého procesu – mohou nabízet informace nebo dokonce vzdělávací příležitosti pro dospělé za účelem zvýšení jejich vlastní úrovně dovedností a porozumění.

5. Participace rodičů na rozhodování, řízení a obhajování činnosti školy – jedná se o možnost volit z řad rodičů zástupce do řídicích orgánů školy, vytvářet rodičovská sdružení nebo jiné nátlakové skupiny.
6. Partnerství mezi rodinou, školou, firmami a dalšími organizacemi – v péči o vzdělávací příležitosti v komunitě hraje roli řada různých institucí a organizací. Proto je dobré vytvářet síť kontaktů, které mohou být využívány všemi zájemci.“
(Šedřová in Rabušicová, 2004, s. 35-36)

Tuto typologii je možné vztáhnout i na spolupráci školy a rodičů dětí s těžkým kombinovaným postižením při minimálních slovních úpravách. V bodě 4. je možné chápat pomoc dítěti při kontrole domácích úkolů jako procvičování stimulačních cvičení pro podporu rozvoje například pohybových či komunikačních dovedností. Speciální základní školy ve spolupráci s SPC organizují pro rodiče přednášky, kurzy zaměřené na terapeutické techniky s cílem sjednotit a zkvalitnit podporu dítěti.

V partnerském vztahu škola – rodič mohou rodiče vystupovat jako výchovní partneři nebo jako partneři sociální. V pozici *výchovných partnerů* si pak rodiče s učiteli rádi vyměňují informace o výchově a přístupech ke svému dítěti, ochotně se zapojují do třídních akcí, věnují peněžité dary apod.

Náplní *sociálního partnerství* je ovlivňování rozhodování o důležitých organizačních a ekonomických věcech ve škole, členství v rodičovských sdruženích a radě školy, podpora zájmů školy v místním zastupitelstvu, tisku apod.

Kvalita úrovně vzájemné spolupráce rodičů a školy odráží úroveň vzájemné, respektované komunikace obou stran, rozpoznání potřeb, přání a zkušeností dětí a jejich rodin.

C. Rodiče jako občané

Role rodiče jako občana ve vztahu ke škole je obecně vymezován jako typický vztah mezi občany a státními institucemi. Rodiče jako občané uplatňují svá práva a své odpovědnosti vůči školám. O školu jeví zájem i po ukončení školní docházky jejich dítěte.

D. Rodiče jako problém

Jde o tradiční pohled na rodiče ve vztahu ke škole. Šed'ová (in Rabušicová, 2004) rozděluje rodiče do tří skupin:

- *nezávislí rodiče* – se školou udržují minimální kontakty, školní výsledky dětí sledují spíše zprostředkovaně a zpovzdálí. Školu tolerují, ale pro své dítě zajišťují i alternativní zdroje vzdělávání.
- *špatní rodiče* – neprojevují zájem o vzdělávání a výchovu svých dětí a nepodporují jejich učení. Školu a její názory neakceptují, nepodporují, mohou ji i ignorovat. Může se jednat o rodiče na okraji společnosti, z jiného kulturního kruhu, ale i rodiče, kteří neumí dát najevo svůj zájem.
- *snaživí rodiče* – účastní se různých setkání, připravují se s dětmi na vyučování, podporují školu i pedagogy, požadují informace o pokroku svých dětí, poradenství ve vzdělávání a výchově. Problémem je časová náročnost takové komunikace a pedagogové mohou mít pocit ohrožení těmito rodiči jako profesionálové.

Uvedené základní rolové varianty byly zkoumány v tříletém projektu „Rodiče žáků se speciálními potřebami v roli výchovných a sociálních partnerů školy“ v letech 2002-2004. Sběr dat byl proveden v květnu 2003. Celkem bylo osloveno 490 speciálních škol, návratnost dotazníků činila celkem 41% pro ředitele i zástupce rodičů. Výsledky a závěry výzkumu vyhodnocuje a prezentuje Čiháček (in Rabušicová, 2004) následovně:

- u speciálních škol je na čelním místě zákaznický přístup rodičů (63%)
- vysoká míra zákaznické role ukazuje na rozvoj konkurenčního prostředí i ve speciálním školství
- ředitelé speciálních škol považují 35% rodičů za „špatné“, tzn. za problém – výjimkou jsou rodiče chápání jako výchovní partneři (32%)
- na další pozici jsou rodiče „problémoví“ – nezávislí (31%)
- příliš snaživí a angažovaní rodiče tvoří 10% stejně jako rodiče v postavení sociálních partnerů
- nejméně často jsou rodiče v roli občanů (8%)

Zastoupení rodičovských rolí je dáno i typem speciální školy. Rozdíly v zastoupení rodičovských rolí je uvedeno v následujících tabulkách, které ukazují hodnocení z pohledu ředitele školy a rodičů. Vzhledem k době výzkumu jsou typy jednotlivých speciálních škol uvedeny podle platného označení v dané době.

Tab. 2: Rozdíly v rodičovských rolích podle typu školy (v pohledu ředitelů, v %)

	Zákazník	Problém nezávislý	Problém "špatný"	Problém snaživý	Partner výchovný	Partner sociální	Občan
Speciální školy (celkem)	63	31	35	13	32	10	8
Speciální základní školy	77	26	25	13	44	14	9
Zvláštní školy	57	33	40	13	27	8	6
Pomocné školy	65	27	29	13	42	12	10
Zvláštní a pomocné školy	63	31	35	13	29	10	9
Běžné základní školy	79	30	20	15	51	23	17

Zdroj: Čiháček (in Rabušicová, 2004, s. 90)

Tab. 3: Rozdíly v rodičovských rolích podle typu školy (v pohledu rodičů, v %)

	Zákazník	Problém nezávislý	Problém "špatný"	Problém snaživý	Partner výchovný	Partner sociální	Občan
Speciální školy (celkem)	75	27	28	18	54	21	20
Speciální základní školy	82	18	20	14	61	22	21
Zvláštní školy	72	34	34	24	49	21	20
Pomocné školy	79	18	14	9	66	21	18
Zvláštní a pomocné školy	72	26	30	17	53	19	19
Běžné základní školy	80	25	18	17	52	22	17

Zdroj: Čiháček (in Rabušicová, 2004, s. 92)

Uvedené výsledky nepřímo signalizují možnosti realizace týmové spolupráce, kdy předpoklad fungujícího partnerství rodič-škola je významným předpokladem. Zároveň z vyhodnocení jednotlivých rodičovských rolí na jednotlivých typech škol z pohledu ředitele školy a zástupců rodičů je patrné nejefektivnější partnerství na Pomocné škole (nyní ZŠ speciální) a to ve vztahu partnerství výchovné.

Z uvedeného výzkumu je také možné využít výsledky, které jsou ukazateli účasti rodičů ve výuce a při speciálně pedagogických terapiích, rodiče jako asistenta při výuce, podpora rodičům ve výchově a v jejich rodičovské roli. Pokud se rodiče účastní výuky, mají tak možnost vidět chování dítěte ve školním kolektivu, jeho reakce na terapeutické techniky a terapeuta, pedagoga. Spolu s pedagogem konzultují vhodné postupy při výchově a terapiích, sdělují pedagogům své osvědčené postupy. Část pedagogů tuto iniciativu vítá, ale část ji také odmítá. Argumentují tím, že žáky přítomnost rodičů rozptyluje, chovají se jinak než běžně. Čiháček (in Rabušicová, 2004) poukazuje na zkušenosti ze zahraničí, které ukazují, že tyto problémy plynou z nezvyku žáků na přítomnost dalších osob ve výuce a že postupně mizí ve třídách, kde jsou rodičovské návštěvy samozřejmostí. Ukazuje se, že po určité době žáky přítomnost hostujících osob ve výuce neruší a stává se momentem spolužití. Možným řešením problému je zprostředkovaná přítomnost, např. videozáznam výuky, terapie u žáků, které dekoncentruje každá maličkost. Videozáznam je možné pořizovat i pro rodiče, kteří se nemohou výuky zúčastnit a mají zájem o spolupráci.

Frekvenci realizace asistence ve třídě, při terapii vykazují následující tabulky ze zmíněného výzkumu.

Tab. 4: Asistence rodičů ve třídě (z odpovědí ředitelů)

Typ speciální školy	Frekvence		
	Pravidelně	Občas	Neděláme
Speciální základní školy	8%	53%	39%
Zvláštní školy	9%	34%	57%
Pomocné školy	18%	27%	55%
Zvláštní a pomocné školy	9%	38%	53%

Zdroj: Čiháček (in Rabušicová, 2004, s. 95)

Tab. 5: Asistence rodičů při terapii (z odpovědí ředitelů)

Typ speciální školy	Frekvence		
	Pravidelně	Občas	Neděláme
Speciální základní školy	13%	38%	50%
Zvláštní školy	7%	29%	64%
Pomocné školy	8%	58%	33%
Zvláštní a pomocné školy	5%	38%	57%

Zdroj: Čiháček (in Rabušicová, 2004, s. 95)

Patrné je nejvyšší zapojení rodičů do občasné asistence při terapii u pomocných škol (nyní ZŠ speciální). Žáky ZŠ speciální jsou žáci se středním až hlubokým mentálním postižením, kombinovaným postižením, u kterých jsou praktikovány terapie podle individuálních potřeb jednotlivce. Řada terapií dává rodičům prostor pro aktivní účast při terapii, ale nevyžaduje odborné vzdělání rodičů, např. hiporehabilitace. Zapojení rodičů do asistence při terapii je jedním ze způsobů jejich aktivního zácviku např. při fyzioterapeutických cvičeních, bazální stimulaci, rozvoji motorických funkcí apod. Opět je zde možné předpokládat fungující týmovou spolupráci i při rozvoji komunikačních schopností.

Velmi důležitá je nejen aktivita ve směru od rodiče ke škole, ale i opačně. „Společná práce se může dařit tím lépe, čím lépe každý partner plní své vlastní úkoly v systému výchovné práce. K tomu náleží to, že rodiče nevypomáhají čistě jen učitel, ale také učitel rodičům. Právě tak jako škola potřebuje ochranu rodiny, tak rodina potřebuje ochranu školy. Toto je společná zodpovědnost za děti rodičů, které jsou současně žáky svých učitelů“ (Brezinka in Rabušicová, 2004, s. 96)

Je nutné si uvědomit, že realita rodičovství s postiženým dítětem přináší problémy, které staví rodiče do odlišné pozice, než jakou znají rodiče ostatních dětí. Pět hlavních problémů, s nimiž se musí rodiče dětí s postižením vyrovnávat, popsali Heward, Darling a Rozsety:

„1. Učení: Rodiče jsou prvními učiteli svého dítěte. Děti s postižením však nezvládají osvojovat si vědomosti, dovednosti a návyky tak přirozeně jako děti ostatní, proto kvalitní výuka vyžaduje určité osobnostní předpoklady.

2. Poradenství: Rodiče dětí s postižením musí vedle běžných starostí, o něž se dělí se svými dětmi podobně jako ostatní rodiče, řešit to, že se dítě vyrovnává s pocity a problémy vznikajícími v důsledku jejich postižení.
3. Zvládnutí a řízení chování: Systematickou a specializovanou pozornost vyžaduje prevence nepřizpůsobivého chování dětí s postižením.
4. Zachování harmonického vztahu mezi rodiči: Přítomnost postiženého dítěte v rodině někdy vyvolává napětí mezi členy rodiny. Mezi otcem a matkou mohou vzniknout dohady, obviňování partnera nebo partnerky ze zapříčinění jejich starostí, výtky za přílišnou pozornost věnovanou dítěti s postižením. Neshody mohou končit až rozpadem rodiny.
5. Přítomnost dalších osob: Účast širší rodiny na vhodně vedené výchově podněcuje rozvoj dítěte s postižením. Je žádoucí, ale zároveň pro mnohé rodiče obtížné, udržet si pozitivní komunikaci s okolím.“ (Čiháček in Rabušicová, 2004, s. 87-88)

K pomoci školy náleží usnadnění orientace rodičů v problematice školního vzdělávání a v postupech; seznamování s metodami, kterými mohou rodiče pomoci dětem při domácí speciální podpoře; diskuse o nových způsobech speciální podpory žáka poskytované školou; přednášky o tématech, které rodiče zajímají, případně zneklidňují; zapůjčování publikací; pomoc rodinám s nějakým problémem; nabídka pro rodiče, kteří uvádějí, že nemají čas dostavit se v daném termínu do školy; návštěvy v rodině.

„Spolupráce mezi pedagogy a rodiči je proces dynamický, kladoucí nárok na obě zúčastněné strany. Ze strany pedagoga jde o významnou pomoc v náročné životní situaci rodičů. Speciální pedagog může pomoci rodičům najít smysl práce s dítětem, otevřít jim úhel pohledu, ve kterém jejich dítě obohacuje jejich život.“

(Strnadová in Hájková, 2009, s. 62)

7.5. Kompetence členů týmu

Stimulaci rozvoje komunikační schopnosti žáka s kombinovaným postižením zajišťuje ve školním zařízení speciální pedagog – logoped (případně klinický logoped) v týmové spolupráci s dalšími odborníky, speciálním pedagogem, rodiči. Rozsah činnosti a zastoupení odbornými pracovníky je podmíněno personálními a ekonomickými možnostmi školy, ochotou spolupráce mezi resortem zdravotnictví a školství, jednotlivými odborníky.

Zabezpečení logopedické péče ve školství je blíže specifikováno v Metodickém doporučení MŠMT č.j. 14 712/2009-61. Logopedická péče je poskytována žákům s narušenou komunikační schopností v mateřských školách, základních školách a středních školách, především pak v těchto školách nebo třídách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením, a to v rozsahu stanoveném platnými předpisy a učebními plány příslušných vzdělávacích programů upravených pro potřeby vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zpravidla se jedná o 1 až 2 hodiny logopedie, jako předmětu speciálně pedagogické péče, týdně.

Kompetence třídního učitele (speciálního pedagoga)

Třídní učitel je po rodičích (rodinných příslušnících) další osobou, která je v intenzivním, každodenním kontaktu se žákem. Jeho kompetence jsou v souladu s cíli výchovně vzdělávacího procesu. Pro oblast rozvoje komunikačních schopností je možné vymezit následující kompetence pedagoga:

- speciálně pedagogická diagnostika, analýza problémů
- schopnost aktualizovat učivo pro životní potřeby žáka
- průběžné vzdělávání, osvojování si a aplikace podpůrných, stimulačních technik
- organizace denního, týdenního školního rozvrhu žáka pro optimální návaznost terapií
- možnost koordinace týmové spolupráce

Kompetence logopeda ve školství

Kompetence logopeda jsou stanoveny v Čl. III. Metodického pokynu. Logoped zabezpečuje v souladu se svým pracovním zařazením a při dodržování odpovědnosti a etiky odbornou činnost v prevenci, diagnostice a konzultační činnosti v oblasti působnosti.

Základními činnostmi jsou:

- logopedická prevence (primární, sekundární, terciární), osvětová činnost
- komplexní logopedická diagnostika – při diagnostikování narušené komunikační schopnosti spolupracuje logoped s dalšími odborníky, logopedické vyšetření je realizováno za účelem určení speciálně pedagogické, psychologické a lékařské diagnózy, je východiskem pro stanovení logopedické prognózy a poskytování logopedické péče
- logopedická terapie – logoped využívá metody stimulující nerozvinuté a opožděné řečové funkce, metody korigující a reedukující chybné řečové funkce
- konzultační a poradenská činnost – aktivita je směřována k rodičům a odborné veřejnosti ve věcech výchovy, vzdělávání, integrace a budování komunikační kompetence žáků s narušenou komunikační schopností
- metodické vedení – odborné vedení pedagogických pracovníků s pracovním označením logopedický asistent v oblasti logopedické prevence a odstraňování prostých vad výslovnosti
- logopedická podpora ve výuce – v souladu se svým pracovním zařazením zabezpečuje logopedickou podporu ve výuce nebo přímo výuku žáků se zdravotním postižením

Kompetence fyzioterapeuta

Fyzioterapeut není pedagogickým pracovníkem školy, působí jako externí spolupracovník. Kompetence fyzioterapeuta při působení ve zdravotnických zařízeních jsou specifikovány ve sbírce zákonů č. 424/2004, Hlava XIII. Ve školním zařízení neprobíhá fyzioterapeutická péče izolovaně, ale v návaznosti na individuální vzdělávací plán, ve spolupráci s ostatními členy týmu.

Základní kompetence při působení bez odborného dohledu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem:

- provádí kineziologické vyšetření včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému
- na základě fyzioterapeutické diagnózy stanoví individuální fyzioterapeutický krátkodobý a dlouhodobý plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vady nebo poruchy
- aplikuje podle aktuálního stavu žáka fyzioterapeutické metody, provádí interpretaci a korekci funkčních poruch pohybového systému, zejména poruch postury, lokomoce, hybnosti, fyzioterapeutickými a reedukačními metodami
- podílí se na prevenci a léčbě svalových dysbalancí
- prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických metod cíleně ovlivňuje funkce dalších systémů, včetně psychických funkcí
- určuje inhibiční (klidovou) polohu pro usnadnění nácviku polykání, rozvoj komunikačních schopností apod.
- instruuje ostatní členy týmu v potřebných pohybových aktivitách, stimulacích
- zajišťuje supervizi při realizaci stimulačních cvičení
- doporučuje kompenzační pomůcky

Kompetence ergoterapeuta

Ergoterapeut je kvalifikovaný odborník, který pracuje zejména ve zdravotnických a sociálních službách. Jeho působení ve školním zařízení je pak limitováno obdobně jako u fyzioterapeuta ekonomickými možnostmi školy a možnostmi spolupráce s nestátním zdravotnickým zařízením. Základní činnosti ergoterapeuta pro pediatrii jsou vymezeny ve sbírce zákonů č.424/2004, Hlava III. Ergoterapeut poskytuje specializovanou ergoterapeutickou péči dětem, zejména dětem s mentálním, fyzickým a kombinovaným postižením. Bez odborného dohledu a indikace jsou jeho základními činnostmi:

- realizace opatření vedoucí k začlenění dětí do přirozeného sociálního prostředí, napomáhá rodině při integraci a maximálním rozvoji dítěte ve spolupráci s institucemi zabývajícími se o zdravotně postižené děti

- provádění výběru vhodných ergoterapeutických postupů se zaměřením na výcvik hrubé a jemné motoriky
- výcvik senzoriky, senzomotoriky a grafomotoriky
- podle stupně ontogenetického vývoje dítěte a jeho schopností provádí nácvik běžných denních činností
- ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností.

Odborní lékaři – dětský neurolog, rehabilitační lékař, pediatr, ortopéd a další odborníci dle základní diagnózy žáka

Odborní lékaři zajišťují včasné a správné stanovení diagnózy nebo syndromu umožňující stanovení reálných terapeutických cílů, podílí se na koordinaci terapeutických postupů. Průběžně hodnotí efekt terapie a podle výsledků provádí případnou korekci léčebné strategie. Jde opět o externí spolupracovníky školního zařízení, kdy jejich podíl na týmové spolupráci závisí na pracovní vytíženosti, ekonomických možnostech školy, ochotě spolupracovat s nelékařským týmem.

7.6. Typy realizované týmové spolupráce

Členové multidisciplinárního týmu jsou schopni díky vzájemné akceptaci svého odborného působení, přesným sdělováním informací o činnosti se žákem, vzniklých problémech a možnostech jejich řešení předcházet přístupovým nesrovnalostem, kompetenčním sporům. Členové týmu, jak již bylo uvedeno výše, respektují rodinu dítěte jako partnera a zároveň ji pomáhají.

Pro ilustraci úspěšně fungující týmové spolupráce lze uvést „kruhovou“ péči realizovanou v dětském centru ARPIDA České Budějovice nebo tzv. „modré desky“ užívané JÚŠ v Praze.

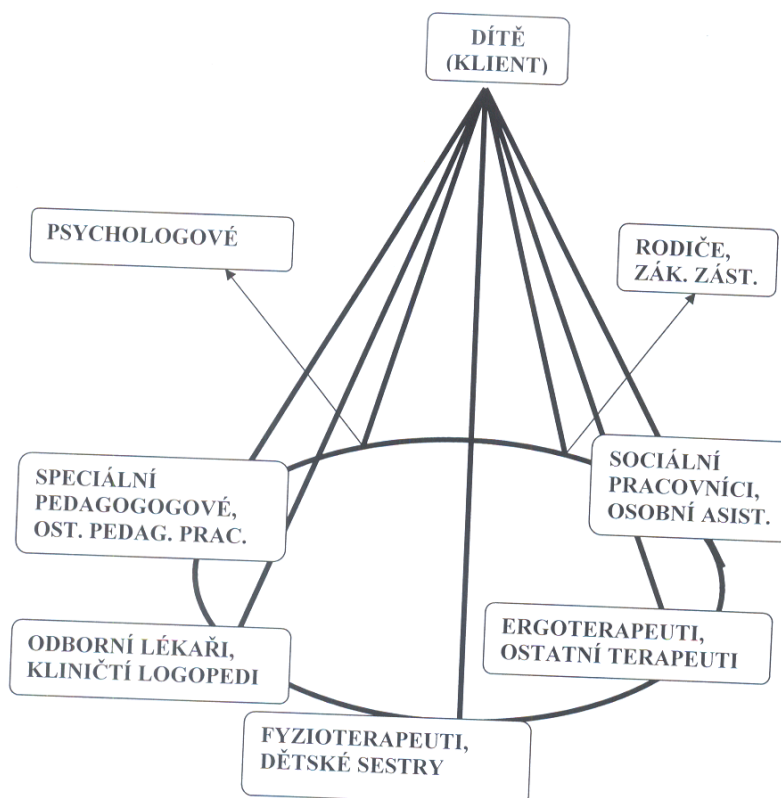
„Kruhová“ péče

Důležitými členy multidisciplinárního týmu jsou (aktivní) rodiče, kteří v rámci týmu hájí zájmy svého dítěte, jež se přirozeně dostává do centra úsilí a snah všech angažovaných osob (odborníků). Zájmy dítěte jsou nadřazeny všem ostatním vztahům a vazbám uvnitř odborného týmu.

Kruhová péče garantuje jednak rovnocenné postavení všech odborníků v rámci multidisciplinárního týmu, což je symbolicky vyjádřeno kruhem (jakýmsi kulatým stolem), ale také rodičů (zákonných zástupců) dítěte se zdravotním postižením. Má-li být tato spolupráce funkční a efektivní, vyžaduje to od všech zúčastněných též žádoucí osobnostní dispozice pro týmovou spolupráci. Máme na mysli otevřenost, kreativitu (zejména flexibilitu a fluenci), dobrou frustrační toleranci, empatii, spolehlivost, odpovědnost, ale i běžnou slušnost ve vzájemných vztazích. Vždy musí být garantována osobní odpovědnost každého jednotlivého odborníka multidisciplinárního týmu za jeho úsek odborné činnosti. (Jankovský, 2010, Sborník pro logopedy)

Koordinátorem spolupráce je sociální pracovník, stojící na straně dítěte, resp. jeho rodičů a zprostředkovává jim kontakt s jednotlivými odborníky, popřípadě jim pomáhá řešit vzniklé problémy.

Obr. 4: „Kruhová“ péče



Zdroj: Janovský, 2006, s.137

„Modré desky“

Zárukou fungující spolupráce v JÚŠ v Praze jsou „modré desky“, kde jsou uloženy všechny zápisy ze schůzek týmu, z komplexních hodnocení. (www.jus.cz)

Tým tvoří třídní učitel, vychovatel, fyzioterapeut, ergoterapeut, podle potřeby další odborníci a samozřejmě rodiče. Koordinátorem je buď třídní učitel nebo vychovatel, občas i ergoterapeut. Tým se schází 3-4x ročně ke společným poradám, dle potřeby se schůzek týmu zúčastňuje sociální pracovník, psycholog, speciální pedagog aj.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8. Výzkumné šetření realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s kombinovaným postižením v ZŠS v ČR

8.1. Výzkumný problém

V teoretické části práce jsem vymezila základní pojmy pro komunikaci, komunikační schopnost a vztahy mezi odborníky v rámci týmové spolupráce, potřebnost jejich působení při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s těžkým mentálním postižením, vícečetným postižením v ZŠ speciální. Na základě analýzy teoretických poznatků jsem formulovala tyto výzkumné problémy.

1. *Je výuka řečové výchovy, individuální logopedie v ZŠS odborně personálně zajištěna?*
2. *Jak je v ZŠS realizována týmová spolupráce?*
3. *Účastní se týmové spolupráce odborníci ze zdravotnického resortu?*
4. *Jsou rodiče žáka platnými členy týmu?*
5. *Je týmová spolupráce účelná a intenzivní, ve smyslu podpory rozvoje komunikační schopnosti žáka v ZŠS?*

Výzkumné problémy jsou deskriptivního typu, nelze tak stanovit vědecké hypotézy. Vědecké hypotézy je možné formulovat pouze pro relační a kauzální výzkumné problémy, nikdy ne pro deskriptivní výzkumné problémy. (Gavora, 2010).

8.2. Cíle výzkumu

V souladu s výzkumnými problémy jsem stanovila cíle výzkumného šetření. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo provést analýzu aktuálního stavu realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků v ZŠS, kteří jsou vzdělávání podle Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy, RVP ZŠS II. díl. Výzkumné šetření jsem realizovala ve školním roce 2010-2011 celorepublikově.

Stanoveny byly také dílčí cíle:

- zjistit, zda je stimulace rozvoje komunikační schopnosti žáka zajištěna speciálním pedagogem-logopedem
- zjistit složení týmu, zapojení externích odborníků
- zjistit, zda jsou rodiče platnými členy týmu
- zjistit, zda jsou informace mezi členy týmu vzájemně sdělovány
- zjistit, zda je týmová spolupráce koordinovaná, účelná
- zjistit nejčastější nedostatky v realizaci týmové spolupráce z pohledu respondenta

8.3. Charakteristika a výběr výzkumného souboru

Pro získání výzkumného souboru jsem použila metodu záměrného výběru, kdy relevantním znakem základního souboru bylo vzdělávání žáků se středně těžkým až těžkým mentálním postižením, souběžným vícečetným postižením, tzn. vzdělávání dle RVP ZŠS II. díl, dobíhající Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy. Pro výběr souboru jsem nemohla použít jako relevantní znak název školského zařízení „Základní škola speciální“, protože některá školská zařízení, která vzdělávají výše zmíněné žáky, používají ve svém názvu pouze název „Základní škola“.

Pro výběr ze základního souboru „Základní školy“ jsem využila internetový zdroj <http://www.firmy.cz/Institute-a-urady/Vzdelavaci-institute/Zakladni-skoly/> složka Praktické a speciální základní školy, pro srovnání internetový zdroj <http://www.atlasskolstvi.cz/> složka Speciální základní školy v určitém kraji, pro

naplnění relevantního znaku webové stránky škol se zaměřením na vzdělávací programy.

8.4. Rozsah výběrového souboru

Na základě analýzy získaných informací jsem oslovila 77 škol ze všech krajů, které splňovaly požadovaný relevantní znak. Výběrově jsem odeslala emailovou poštou 77 dotazníků, navrátilo se 44, což představovalo 57 %.

Tab. 6: Výběrový soubor

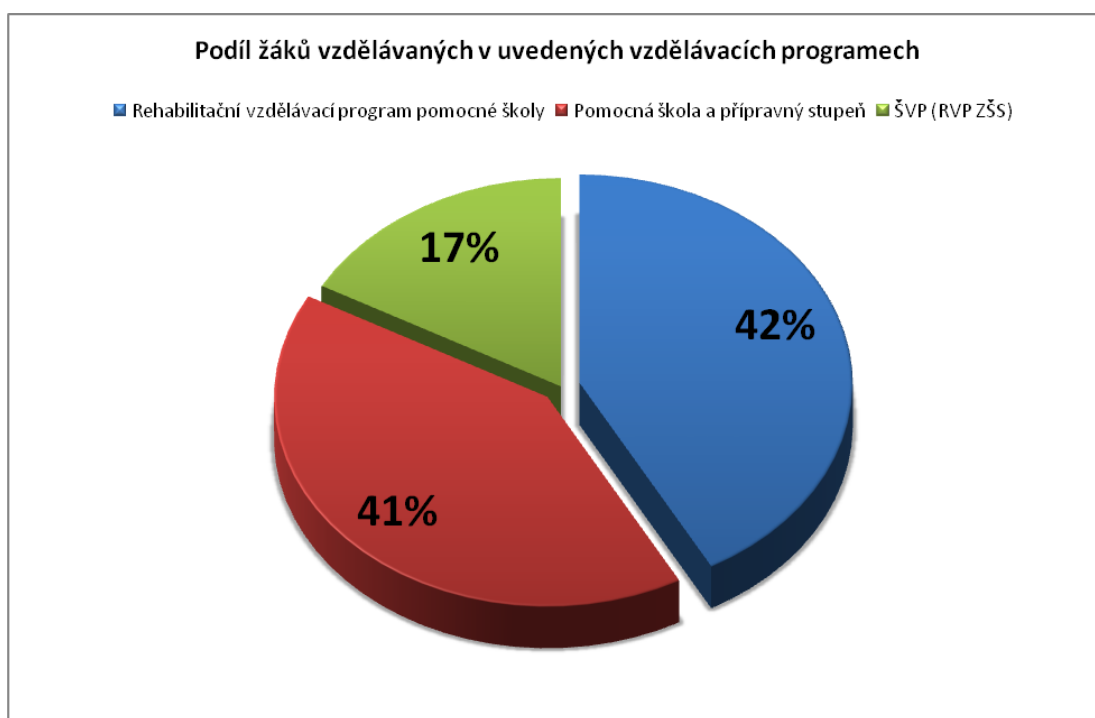
Název kraje	Počet respondentů	Návratnost dotazníku	Návratnost v %
Karlovarský	6	4	66
Plzeňský	4	3	75
Ústecký	6	2	33
Liberecký	6	4	66
Středočeský	6	4	66
Pardubický	7	4	62
Královehradecký	8	3	37
Jihočeský	3	2	66
Vysočina	5	3	60
Jihomoravský	6	4	66
Olomoucký	6	3	42
Zlínský	3	2	66
Moravskoslezský	5	2	40
Praha	6	4	66
Celkem	77	44	57

Seznam škol, které vrátili vyplněný dotazník je uveden v příloze č.1.

Do tabulky č. 6 jsem zaznamenala počet oslovených škol daného regionu, kterým byl odeslán dotazník a návratnost dotazníku.

Pro konečné ověření relevantního znaku jsem do dotazníku uvedla i položku, která se týkala vzdělávacích programů a počtu žáků, kteří se podle nich ve školním roce 2010-2011 vyučovali. Byly to dobíhající vzdělávací programy Pomocná škola a přípravný stupeň, Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy a nově ŠVP, vlastní pro určitou školu, vypracované podle RVP ZŠ I. a II. díl. Při vykazování ŠVP ředitelé škol blíže nerozlišovali pro jaké žáky je ŠVP určen (RVP ZŠ I. nebo II. díl), většinou jej uvedli pod specifickým názvem ŠVP školy např. Duhová škola.

Graf 1: Podíl žáků vzdělávaných v uvedených vzdělávacích programech



Z grafu č.1 je patrná vyrovnanost ve využití vzdělávacích programů Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy a Pomocná škola a přípravný stupeň. Počet žáků vzdělávaných na základě ŠVP je nejnižší, neboť jeho užití je aplikováno postupně po jednotlivých ročnících, tzn. ve školním roce 2010-2011 se to týká 1. a 7. ročníků.

8.5. Metody výzkumu

Zvolila jsem kvantitativně orientovaný výzkum s využitím dotazníkové metody. Respondentem dotazníku byl ředitel ZŠS, případně školní logoped. Dotazník obsahoval původně 12 položek a 6 otázek, z nichž 4 byly otázky uzavřené a 3 polouzavřené. Před administrací dotazníku do vybraných škol jsem provedla předvýzkum s cílem zjistit, zda jsou otázky a položky dotazníku respondentům srozumitelné, pro potřeby výzkumu účelné. Respondenty byli ředitelé ZŠS Středočeského kraje splňující relevantní znak. Na základě analýzy získaných odpovědí a písemných připomínek jsem dotazník upravila do finální podoby. Jednu položku jsem z dotazníku vzhledem k nevýznamné informaci zcela vyloučila. Úplné znění dotazníku je v příloze č. 2.

8.6. Průběh výzkumu

První etapa – stanovení výzkumného problému, cíle výzkumu.

Splnění této etapy bylo důležitým předpokladem pro zahájení pedagogického výzkumu.

Druhá etapa – analýza dostupné literatury.

V tomto období jsem se věnovala studiu a analýze dostupné literatury týkající se problematiky vzdělávání žáků se středně těžkým až těžkým mentálním postižením, souběžným vícečetným postižením, zejména pak problematice týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti ve smyslu návaznosti jednotlivých stimulačních technik, komunikaci mezi působícími odborníky. Velkým přínosem byly informace, které jsem získala při exkurzích do škol vzdělávající výše zmíněné žáky.

Třetí etapa – analýza údajů z internetových zdrojů.

Pro výběr výzkumného souboru jsem využila informace uvedené na webových stránkách škol se zaměřením na využívané vzdělávací programy. Názvy škol, webové stránky a kontakty na školy jsem získala porovnáním dvou internetových vyhledávačů uvedených v kapitole 7.3.

Čtvrtá etapa – administrace dotazníku.

Před administrací dotazníku do vybraných škol jsem provedla předvýzkum s následnou úpravou dotazníku. Dalším krokem bylo elektronické rozeslání dotazníku. Součástí administrace dotazníku byl telefonický rozhovor s ředitelem (zástupcem ředitele) vybrané školy. Vysvětlila jsem podstatu a cíle svého výzkumu. Ředitelé škol mě upozornili na možnost nevrácení vyplněného dotazníku z důvodu velké pracovní vytíženosti, „zavalení“ jinými dotazníky. Tato skutečnost se promítla do návratnosti dotazníku a je zaznamenána v tabulce č. 6 Výběrový soubor.

Pátá etapa – sběr a zpracování údajů.

V této etapě jsem zpracovala výsledky z došlých dotazníků a následně vyhodnotila dotazníkové šetření statistickou procedurou s využitím univariační analýzy. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů.

Šestá etapa – interpretace získaných údajů, závěrů.

Výsledné údaje z dotazníkového šetření jsem interpretovala po částech jako odpovědi na stanovené výzkumné problémy. Takto získané informace jsem využila při návrhu způsobu týmové spolupráce.

8.7. Výsledky výzkumného šetření, zpracování údajů

Odbornost terapie narušené komunikační schopnosti ve škole byla sledována v dotazníkových položkách, které se k nim vztahovaly.

Položka č. 4: Výuku řečové výchovy ve třídě personálně zajišťuje speciální pedagog-logoped.

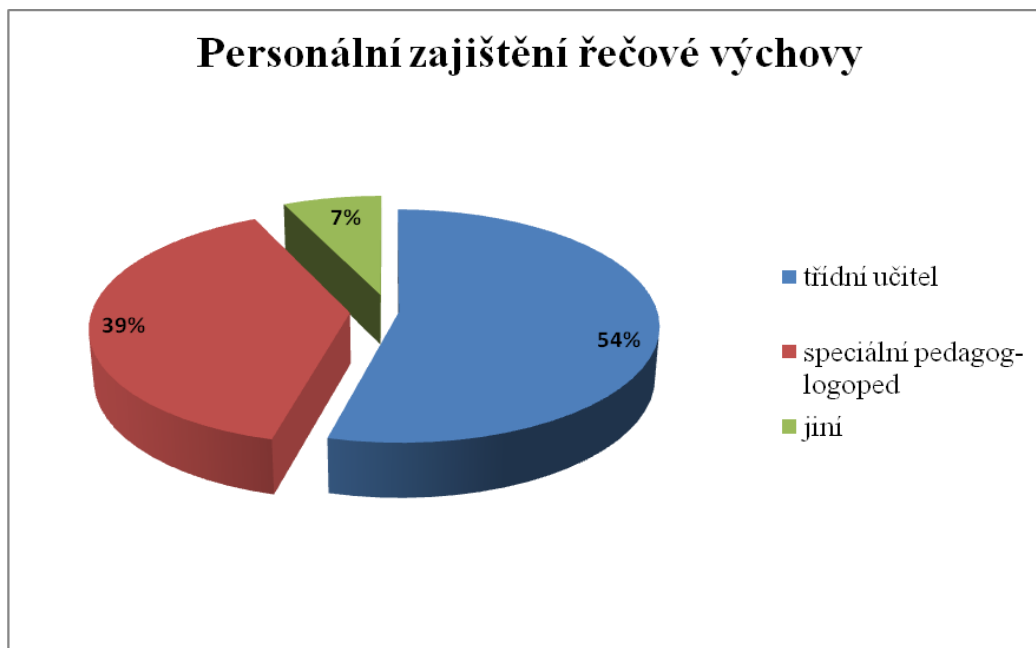
Tab. 7: Personální zajištění řečové výchovy v ZŠS

Kraj	Třídní učitel – speciální pedagog	Speciální pedagog – logoped	Jiní
Praha	1	1	2
Karlovarský	2	1	1
Plzeňský	3	0	0
Ústecký	1	1	0
Liberecký	2	2	0
Středočeský	1	3	0
Pardubický	2	2	0
Královehradecký	3	0	0
Jihočeský	2	0	0
Vysočina	2	1	0
Jihomoravský	3	1	0
Olomoucký	0	3	0
Zlínský	1	1	0
Moravskoslezský	1	1	0
Celkem	24	17	3

V tabulce č. 7 je uvedena četnost zastoupení odborníků, kteří odborně zajišťují výuku řečové výchovy ve škole, tak jak je uvedli respondenti. K této položce se vyjádřilo všech 44 respondentů.

Vzájemný poměr odborníků je znázorněn v grafu č. 2.

Graf 2: **Personální zajištění řečové výchovy**



Z grafu č. 2 je patrné, že z počtu 44 respondentů zajišťovalo 24 respondentů (54%) výuku řečové výchovy třídním učitelem-speciálním pedagogem, 17 respondentů (39%) uvedlo speciálního pedagoga-logopeda a 3 (7%) uvedli jiné zajištění, tj. 1 logopedický asistent pod supervizí logopeda a 2 pedagogové určené pro výuku řečové výchovy.

K otázkám, které se vztahovaly k individuální logopedické péči, jsem na základě vyhodnocení dotazníkových položek 5, 6, 7 zjistila následující informace.

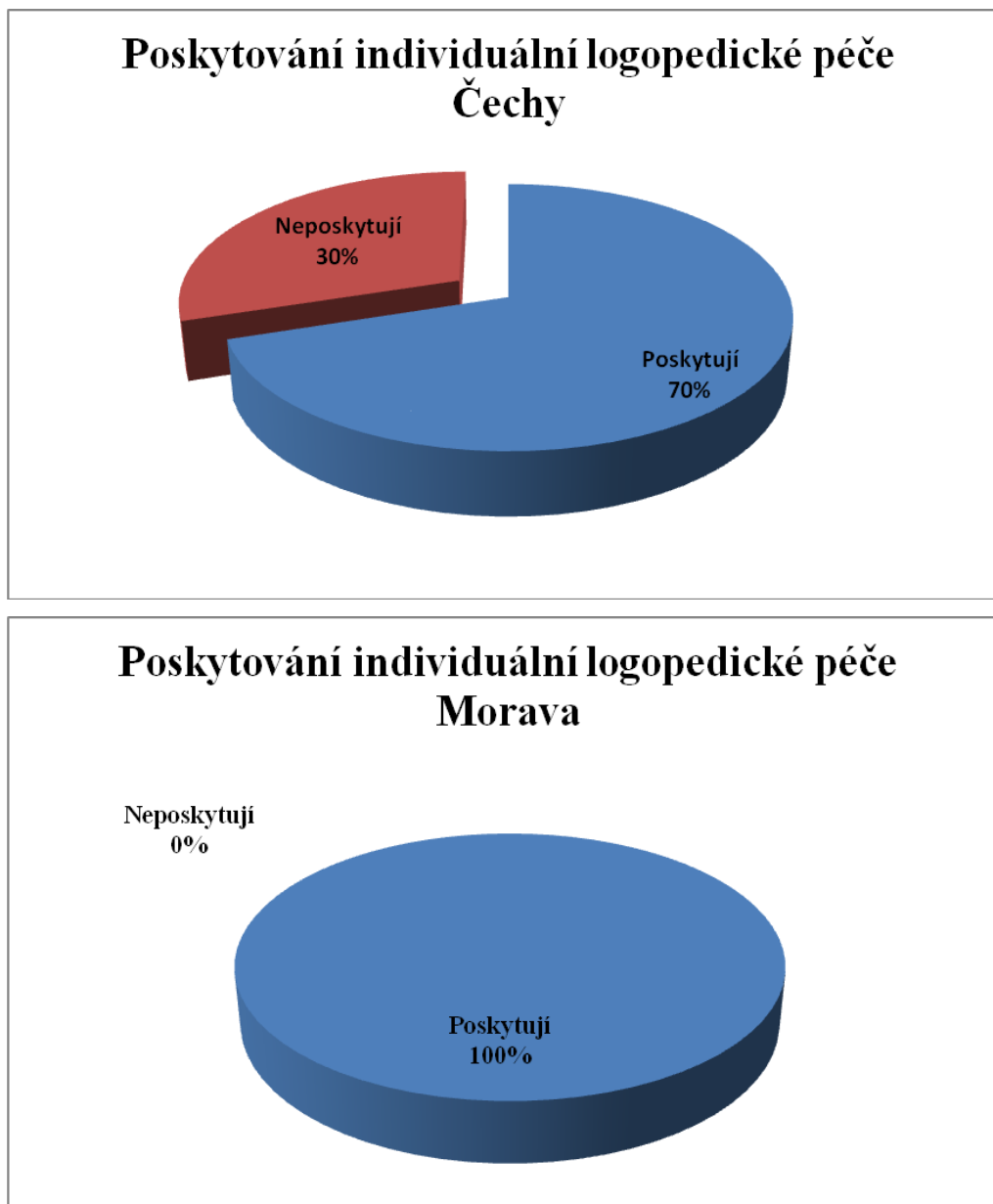
V tabulce č. 8 je uveden počet škol v daném kraji, které poskytovaly individuální logopedickou péči v rámci školy ve školním roce 2010-2011, tak jak informaci respondenti zaznamenali v položce č. 5: **Poskytujete v rámci školy individuální logopedickou péči (terapii narušené komunikační schopnosti)?**

Tab. 8: Poskytování individuální logopedické péče na škole

Kraj	Ano	Ne
Praha	3	1
Karlovarský	1	3
Plzeňský	2	1
Ústecký	1	1
Liberecký	4	0
Středočeský	3	1
Pardubický	3	1
Královohradecký	2	1
Jihočeský	2	0
Vysočina	3	0
Jihomoravský	4	0
Olomoucký	3	0
Zlínský	2	0
Moravskoslezský	2	0
Celkem	35	9
Procentuální vyjádření	80%	20%

Individuální logopedická péče byla z celkového počtu 44 dotázaných škol poskytována v 35 školách (80%), v 9 školách (20%) poskytována nebyla.

Graf 3: Porovnání poskytování individuální logopedické péče



Ze srovnávacího grafu č. 3 je patrné rozdílné zajištění individuální logopedické péče v Čechách a na Moravě. V Čechách tuto službu poskytlo 70 % respondentů a 30 % terapii neposkytovalo, na Moravě individuální logopedickou péči zajistilo 100 % respondentů.

Tab. 9: **Personální zajištění individuální logopedické péče v krajích**

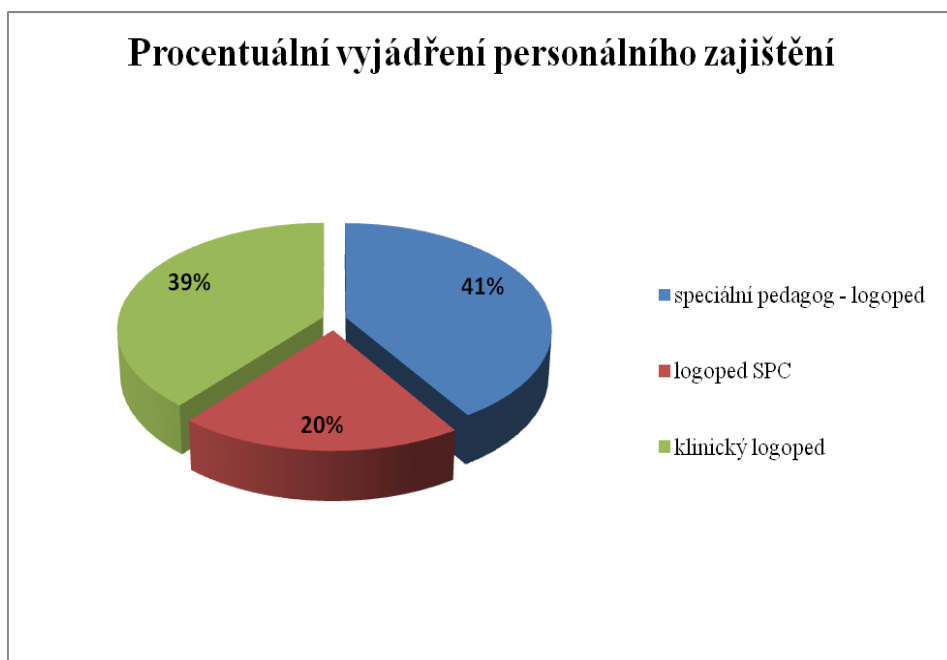
Kraj	Speciální pedagog - logoped školy	SPC Logoped	Klinický logoped
Praha	1	1	1
Karlovarský	1	0	2
Plzeňský	1	0	1
Ústecký	1	0	1
Liberecký	3	2	1
Středočeský	1	1	3
Pardubický	1	3	1
Královehradecký	0	0	2
Jihočeský	0	0	2
Vysočina	1	1	1
Jihomoravský	4	0	0
Olomoucký	2	1	2
Zlínský	2	0	0
Moravskoslezský	1	0	1
Celkem	19	9	18

V tabulce č. 9 je uveden počet odborníků, kteří poskytovali individuální logopedickou péči, v dotazovaných školách daného regionu, které se v položce č. 5 vyjádřily kladně (35 škol). Téměř vyrovnané zastoupení bylo u speciálních pedagogů-logopedů a klinických logopedů. Speciální pedagog-logoped poskytoval individuální logopedickou péči na 19 školách, klinický logoped na 18 školách a logoped SPC na 9 dotázaných školách. Výsledky byly získány vyhodnocením položky č. 7: **Kdo odborně zajišťuje individuální logopedii?**

- ☐ speciální pedagog-logoped školy
- ☐ speciální pedagog-logoped SPC
- ☐ klinický logoped

Vzájemný poměr zastoupených odborníků znázorňuje níže uvedený graf č. 4.

Graf 4: Procentuální vyjádření personálního zajištění logopedické péče



V tabulce č. 10 jsou uvedeny indikace pro realizaci individuální terapie narušené komunikační schopnosti a její četnost, kterou respondenti uvedli v dotazníkovém šetření v položce č. 6: **Stručně napište co je určující pro indikaci individuální logopedie ve Vaší škole.**

Tab. 10: Indikace pro individuální terapii narušené komunikační schopnosti

Indikace	Počet respondentů	Počet (v %)
Základní diagnóza	24	44,4
Doporučení SPC	5	9,3
Stupeň obtíží při komunikaci	5	9,3
Žádost rodičů	6	11,1
Doporučení třídního učitele	7	12,9
Diagnóza stanovená logopedem	4	7,4
Doporučení lékaře	3	5,6

K položce č. 6 se vyjádřilo 35 respondentů, kteří zajišťovali individuální logopedii ve škole. Z nabízených možností mohli vybrat více odpovědí. Nejčastěji byla uváděna základní diagnóza žáka a to u 24 respondentů, 7 respondentů uvádělo doporučení třídního učitele, 6 dotázaných uvedlo žádost rodičů, stupeň obtíží při komunikaci a doporučení pracovníkem SPC bylo shodně uvedeno u 5 respondentů, diagnóza stanovená logopedem byla zaznamenána u 4 dotázaných, 3 respondenti uvedli doporučení lékaře bez bližší specifikace odbornosti lékaře.

V následující tabulce č. 11 je zaznamenán počet škol daného kraje, které realizovaly týmová sezení při vytváření individuálního vzdělávacího plánu, jehož součástí je i terapie narušené komunikační schopnosti. Ze 44 respondentů 40 (91%) týmová sezení realizuje, 4 (9%) sezení nerealizují. Údaje byly získány vyhodnocením položky č. 8: **Realizujete týmová sezení při vytváření individuálního plánu (součástí je terapii narušené komunikační schopnosti)**

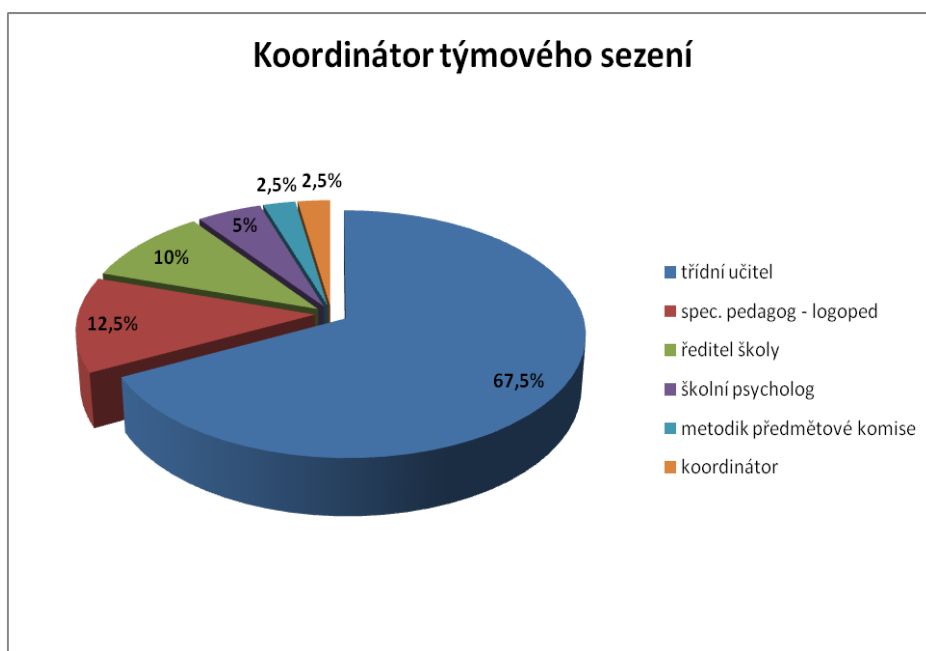
Tab. 11: Realizace týmového sezení při vytváření IVP-součástí je terapie NKS

Kraj	Ano	Ne
Praha	3	1
Karlovarský	4	0
Plzeňský	3	0
Ústecký	2	0
Liberecký	4	0
Středočeský	2	2
Pardubický	3	1
Královehradecký	3	0
Jihočeský	2	0
Vysočina	3	0
Jihomoravský	4	0
Olomoucký	3	0
Zlínský	2	0
Moravskoslezský	2	0
Celkem	40	4
Celkem (v %)	91	9

Respondenti, kteří realizovali týmová sezení, v dotazníku dále uváděli koordinátora týmového sezení v položce č. 10: **Napište kdo je koordinátorem týmového sezení.**

Z grafu č.5 je patrné, kdo a s jakou četností byl koordinátorem. Z počtu 40 respondentů uvedlo třídního učitele 27 respondentů (67,5%), speciálního pedagoga-logopeda 5 dotázaných (12,5%), ve 4 případech (10%) byl uveden ředitel školy, školní psycholog byl uveden 2 krát (5%) a 1 krát (2,5%) metodik předmětové komise speciálních tříd, 1 krát (2,5%) koordinátor-školou stanovená funkce.

Graf 5: Koordinátor týmového sezení



Zjištění účelnosti a intenzity týmové spolupráce bylo cílem dotazníkové položky č. 12: **Zapište do tabulky přibližný čas a frekvenci u jednotlivých typů schůzek týkající se 1 žáka (např. 1hod/6měsíců).**

Diagnostická sezení	Plánování terapie	Hodnocení úspěšnosti terapie

Do tabulky měli respondenti zapsat časové údaje podle aktuální realizace ve škole. Ze 40 respondentů blíže specifikovalo týmovou spolupráci 20 dotázaných (50%) a 20 (50%) zástupců dotázaných škol takto účelně týmovou spolupráci nerealizují. Údaje o spolupráci jsou zaznamenány v níže uvedené tabulce č. 12.

Tab. 12: Účelnost a frekvence schůzek týmu

	Účel týmového setkání		
	Diagnostika	Plánování terapie	Hodnocení terapie
Respondent	Frekvence (hod/měsíc)	Frekvence (hod/měsíc)	Frekvence (hod/měsíc)
Modrý klíč-ZŠS	1 hod/5 měsíců	Součást diagnostiky	1 hod/5 měsíců
ZŠ Zahrádka	1 hod/5 měsíců	1 hod/ročně	1 x ročně
ZŠS DČCE Merklín	1 hod/týden - obsahuje všechny části		
ZŠ Jablonec n.Nisou	1 hod/ 2 měsíce	1 x týdně	Úměrně postižení
ZŠ a MŠ Liberec	1 hod/ 6 měsíců	1 hod/ 6 měsíců	1 hod/ 6 měsíců
ZŠS a MŠS Turnov	1 hod/ 12 měsíců	1 hod/ 6 měsíců	1 hod/ 6 měsíců
S MŠ, ZŠ Morav. Třebová	1 x ročně, vstupní	dle individuálního vývoje	1 x ročně, na konci šk. roku
SZŠ Vamberk	1 x ročně, vstupní	4 x rok	4 x rok
ZŠS Bystré	2 x rok - obsahuje všechny části		
ZŠ a MŠ Prointepo	2 x rok - obsahuje všechny části		
MŠ, ZŠ a PrŠ Daneta	1 x 14 dní		
ZŠS NONA	1 x 5 měsíců - v rámci hodnocení IVP		
MŠ spec., ZŠS Světluška	1 x 5 měsíců - v rámci hodnocení IVP		
MŠ, ZŠS a PrŠ DČCE Rolnička	1 x 5 měsíců - v rámci hodnocení IVP		
MŠ spec., ZŠS a PrŠ Elpis	1 hod/ rok vstupní	1 x týdně	2 x ročně
ZŠS Blansko	1 x rok, vstupní		2 x ročně
SŠ, ZŠ a MŠ Jistota, Prostějov	1 x 3 měsíce - všechny části		
ZŠS Jasněnka Uničiv	1 hod/ 3 měsíce	1/2 hod/ měsíc	1 x 14 dní
ZŠ a MŠ spec. Kroměříž	1 x rok, vstupní		1 x čtvrt roku
ZŠS Ostrava-Marián.Hory	20 minut týdně		

Účelnost a frekvence týmových schůzek nebyla u respondentů jednotná. Jistá pravidelnost byla při realizaci diagnostických sezení, kdy 5 respondentů uvádí realizaci 1 x ročně ve smyslu vstupního vyšetření, 2 respondenti uváděli 1 x za 5 měsíců, 1 respondent 1 x za 6 měsíců. Méně než 5 měsíců uvedli 4 respondenti a to následovně: 1 x za 3 měsíce, 1 x za 2 měsíce, 1 x 14 dní.

Týmová sezení za účelem plánování terapie byla realizována 1 x za rok na 1 škole, 2 x za 6 měsíců na 2 školách, 4 x za rok vykázal 1 respondent, 1 x měsíčně zapsal 1 dotázaný, 1 x týdně uvedli 2 respondenti.

Frekvence týmového sezení za účelem hodnocení úspěšnosti terapie byla vykázána následovně: 2 respondenti uvedli 1 x za rok, 2 x ročně 2 respondenti, 1 x za 6 měsíců také 2 respondenti, 1 x za 5 měsíců 1 dotázaný, čtvrtletně uvedli 2 respondenti, 1 dotázaný uvedl 1 x za 14 dní.

Na 8 školách takto koncipovaná týmová sezení realizovali, ale jednotlivé části neoddělovali. Intenzita takto organizovaných sezení byla následující: na 2 školách 2 x za rok, na 3 školách 3 x za 5 měsíců, na 1 škole 1 x za 3 měsíce, 1 x týdně na 2 školách.

Spektrum odborníků, které respondenti uvedli jako členy týmů z dotazníkové položky č. 9: **Vyznačte účastníky týmového sezení:**

- ☐ speciální pedagog-logoped (individuální logopedie)
- ☐ třídní učitel
- ☐ rodiče žáka
- ☐ psycholog
- ☐ sociální pracovnice
- ☐ pracovník SPC
- ☐ klinický logoped
- ☐ fyzioterapeut
- ☐ ergoterapeut
- ☐ rehabilitační lékař
- ☐ neurolog
- ☐ foniatr

☐ pediatr

☐ jiní

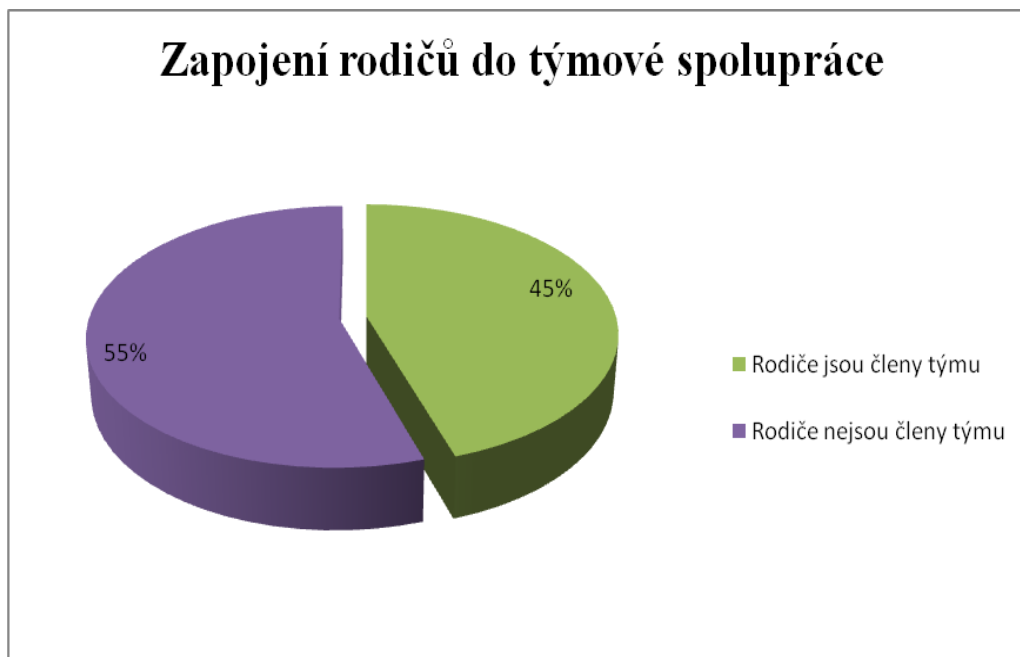
je blíže uvedeno v tabulce č. 13.

Tab. 13: **Složení týmu**

Člen týmu	Počet respondentů
Třídní učitel	40
Spec. pedagog – logoped	28
Rodiče	18
Pracovník SPC	22
Ředitel školy	5
Asistent pedagoga	9
Výchovný poradce	1
Vychovatel	4
Psycholog	7
Fyzioterapeut	12
Ergoterapeut	3
Neurolog	2 dle potřeby
Rehabilitační lékař	2 dle potřeby
Klinický logoped	11
Pediatr	0
Foniatr	1

Všech 40 respondentů (respondenti, kteří realizují týmová sezení) uvedlo třídního učitele, ve 28 případech byl členem týmu speciální pedagog-logoped, pracovník SPC byl uveden ve 22 dotaznících, asistenta pedagoga uvedlo 9 respondentů, vychovatele napsali 4 respondenti, 1 krát byl zaznamenán výchovný poradce, psycholog byl uveden 7 krát. Z resortu zdravotnictví byl členem týmu fyzioterapeut u 12 respondentů, ergoterapeut byl uveden u 3 dotázaných, klinický logoped byl uveden v 11 dotaznících, neurolog a rehabilitační lékař byl uveden ve 2 případech s poznámkou „dle potřeby“, foniatr byl vykázan 1, pediatra neuvedl ani jeden respondent. Důležitými účastníky týmového sezení jsou rodiče, které uvedlo 18 dotázaných.

Graf 6: Zapojení rodičů do týmové spolupráce



Graf č. 6 procentuálně vystihuje spolupráci rodičů v rámci týmové spolupráce podle údajů vykázaných 40 respondenty v tabulce č. 13: Složení týmu.

Položka č. 11: **Pokud se rodiče sezení neúčastní, jakým způsobem je vedena spolupráce (vzájemné předávání informací)?**

byla zaměřena na zjištění alternativní spolupráce rodičů a školy, pokud se rodiče neúčastní týmových sezení. Respondenti mohli vybrat více odpovědí z následujících možností:

- ☐ na třídních schůzkách
- ☐ při doprovodu dítěte do školy, ze školy
- ☐ individuální schůzka v plánovaném čase
- ☐ jiný způsob.....
- ☐ rodiče nespolupracují

Tab. 14: **Spolupráce s rodiči – předávání informací**

Způsob spolupráce	Četnost
Třídní schůzky	12
Při doprovodu dítě do/ze školy	14
Individuální schůzka	25
Písemné informace v notýsku	1
Nespolupracuje	3

Z tabulky č. 14 je patrné, že pokud se rodič z jakéhokoliv důvodu nemohl účastnit týmového sezení nebo nebyl členem týmu, byly informace oboustranně předány na individuální schůzce, jak uvedlo 25 respondentů, ve 14 případech byly informace sděleny při doprovodu dítěte do školy a ze školy, další možností byly třídní schůzky, jak uvedlo 12 respondentů, možnost písemného sdělení uvedl 1 respondent. Ani při možnosti uvedených alternativ vzájemné spolupráce 3 respondenti uvedli nezájem rodiče o spolupráci.

V tabulce č. 15 jsou zaznamenáni externí pracovníci, tak jak je respondenti zaznamenali při dotazníkovém šetření v položce č. 2: **Do tabulky vyplňte počet a odbornost zaměstnanců v ZŠ speciální (i externí spolupracovníky).**

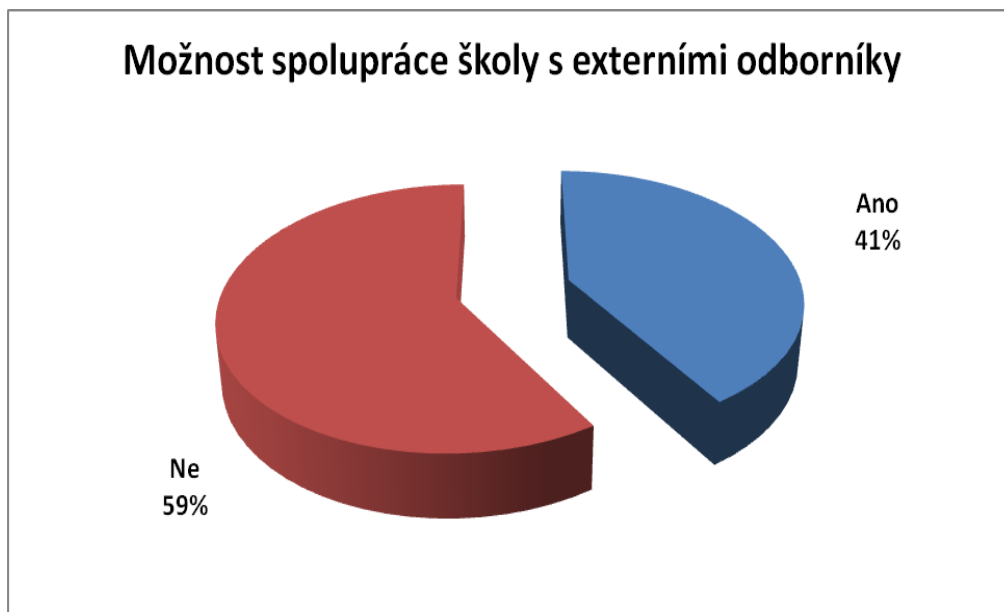
Administrativní pracovníky neuvádějte.

Druh pracovního poměru (ZS, DPP)	Odbornost, dosažené vzdělání (u sppg uveďte všechny odbornosti-SZZ)

Tab. 15: Externí pracovníci školy

Kraj	Název školy	Externí pracovníci	
		profese	počet
Praha	ZŠS a MŠ spec. Modrý klíč	supervizor	1
	ZŠS Starostrašnická, Praha 10		0
	ZŠ Zahradka Praha 3	ergo.,fyzio.	Integ.cent.
	MŠ a ZŠS Diakonie ČCE		0
Karlovarský	ZŠ prakt. A ZŠS Kraslice		0
	ZŠ prakt., ZŠS a ZUŠ Habartov	klin.logoped	1
	ZŠ prakt., ZŠS Horní Slavkov		0
	ZŠ prakt. ZŠS Chodov		0
Plzeňský	ZŠ a OŠ Horšovský Týn		0
	ZŠS DČCE Merklín		0
	ZŠ a MŠ Tachov		0
Ústecký	Speciální ZŠ a MŠ Teplice		0
	ZŠS Litvínov		0
Liberecký	ZŠ Jablonec n. Nisou, Liberecká	ergo.,kl. logo	1, 1
	ZŠ a MŠ pro těles. postiž., Liberec	klin.logo, fyzio	1, 1
	ZŠ prakt. a ZŠS Frýdlant		0
	ZŠS a MŠS Turnov	fyzio.(DC)	1
Středočeský	ZŠS Mladá Boleslav		0
	ZŠ Poděbrady, U Bažantnice	klin.logoped	1
	ZŠ prakt., ZŠS a MŠS Kladno	klin.logo, fyzio	1, 2
	Soukr. MŠ, ZŠ aŠS Slunce Stochov		0
Pardubický	Spec. MŠ, ZŠ, PrŠ Moravská Třebová		0
	ZŠ speciální Lanškroun		0
	Speciální ZŠ Žamberk		0
	ZŠS Bystré		0
Královohradecký	ZŠ a MŠ Prointepo, Hradec Králové	fyzio.,ergo,logo, lékaři ,NZZ	
	MŠ, ZŠ a prakt. škola Daneta	fyzioterapeut	2
	ZŠS NONA, Nové Město n. Metují	fyzioterapeut	1
Jihočeský	MŠ speciální a ZŠS Světluška, Č. B.	fyz., logo.NZZ	2, 1
	MŠ, ZŠ a Prakt.škola Diakonie ČCE	fyzio., kl. logo.	1, 1
Vysočina	ZŠ a PrŠ Velké Meziříčí		0
	ZŠS a PrŠ Černovice		0
	ZŠS a PrŠ Jihlava		0
Jihomoravský	MŠ spec., ZŠS a Prak. škola ELPIS	fyzioterapeut	1
	MŠ spec., ZŠS a Prak. škola Brno		0
	ZŠS Blansko	fyzioterapeut	2
	MŠ spec., ZŠS, PrŠ a DD, Vřesovice		0
Olomoucký	Stř. škola, ZŠ, MŠ Jistota, Prostějov	klin.logoped	1
	ZŠS Jasněnka, Uničov	klin.logoped	2
	ZŠ a MŠ Mohelnice		0
Zlínský	ZŠ a MŠ spec. Kroměříž		0
	ZŠ prak.a ZŠS Zlín		0
Moravskoslezský	ZŠS pro žáky s více vadami, Ostrava		0
	Soukromá ZŠ a MŠ, Ostrava-Zábřeh		0

Graf 7: Možnost spolupráce školy s externími odborníky



V grafu č.7 je procentuálně znázorněna možnost spolupráce školy s externími odborníky. Z počtu 44 respondentů (100%) mělo externí spolupracovníky 17 škol (39%) a 27 škol (61%) externí spolupracovníky nemělo.

Jedním z předpokladů úspěšnosti terapie narušené komunikační schopnosti u žáků s vícečetným postižením je návaznost individuálních stimulačních, podpůrných terapií. Rozvržení individuálních terapií v průběhu dne, týdne měli respondenti zaznamenat do tabulky v položce č. 13: **Do tabulky запиšte rozvržení individuálních terapií v průběhu školního dne, týdne.**

Počet specialistů lze doplnit podle potřeby.

Odborník	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
Př. Spec.ped.-logoped		8-8,30		9-9,30	
Spec.ped.-logoped					
Fyzioterapeut					
Ergoterapeut					
Psycholog					

Tab. 16: Návaznost stimulačních terapií v průběhu školního dne, týdne

Návaznost stimulačních Terapií	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Terapie na sebe navazují	0	0%
Terapie jsou izolované	23	52%
Nevyplněno	21	48%

Z výše uvedené tabulky č. 16 je zřejmé, že žádná dotazovaná škola nerealizovala stimulační terapie ve vzájemné návaznosti. Ze 44 respondentů jich 48% tabulku nevyplnilo, 52% respondentů vykazalo terapie jako izolované terapie prováděné odborníkem podle jeho časových možností a podle možností denních rozvrhů školy.

Dále byl dotazníkem zjišťován způsob předávání informací mezi odborníky, kteří individuálně se žákem pracovali. Respondenti měli na výběr ze 4 možností uvedených v dotazníkové položce č. 14: **Jakým způsobem jsou předávány informace mezi jednotlivými odborníky, kteří s žákem individuálně pracují?**

- ☐ Společný záznamový list pro všechny úkony.
- ☐ Každý odborník má speciální záznamový list pro daného žáka, zakládá jej do spisu žáka (přístupný všem odborníkům).
- ☐ Každý odborník má speciální záznamový list pro daného žáka, do spisu jej nezakládá. Informace předává ústně při sezení týmu.
- ☐ Každý odborník má speciální záznamový list, který do spisu nezakládá. Informace nejsou předávány ani verbálně.

Četnost jednotlivých způsobů předávání informací vykazuje tabulka č. 17.

Tab. 17: **Způsob předávání informací mezi odborníky, kteří se žákem pracují**

Způsob předávání informace	Počet	Počet (v %)
Společný záznamový list pro všechny úkony	9	20
Každý odborník má záznamový list, zakládá jej do spisu žáka (přístupné všem).	8	18
Každý odborník má záznamový list, do spisu jej nezakládá. Informace předává ústně při schůzce.	18	41
Každý odborník má záznamový list, který nezakládá. Informace nejsou předávány ani verbálně.	0	0
Jiný způsob-logopedický notýsek	3	7
Neuvedeno	6	14

Údaj o způsobu předávání informací mezi odborníky, kteří v průběhu školního dne se žákem individuálně pracují, nevyplnilo 6 respondentů (14%) z celkového počtu 44 respondentů. Nejčastěji bylo využíváno předávání informací verbálně na schůzce týmu, kdy má každý odborník svůj záznamový list, který do spisu žáka nezakládá, uvedlo 18 respondentů (41%). Společný záznamový list pro všechny úkony zvolilo 9 respondentů (20%). Předávání informací formou záznamového listu, který odborník zakládá do spisu žáka, uvedlo 8 respondentů (18%). Jiný způsob předávání informací zapsali 3 respondenti (7%).

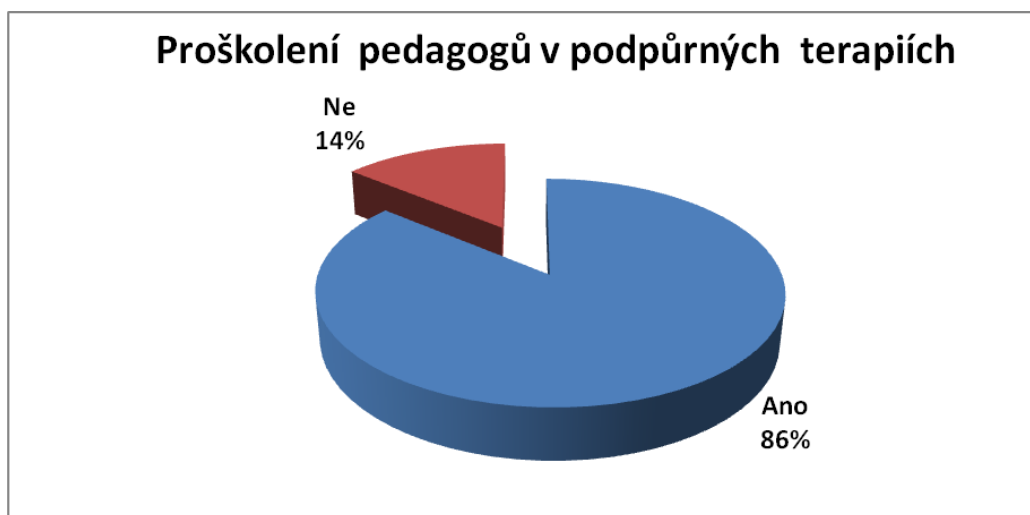
Dotazníková položka č. 15: **Mají (měli) speciální pedagogové školy možnost proškolení v podpůrných terapiích?**

☐ Ne

☐ Ano.....uveďte v jakých.....

Z celkového počtu 44 respondentů uvedlo možnost proškolení pedagogů v podpůrných terapiích 38 respondentů (86%), tuto možnost neměli pedagogové z 6 dotázaných škol (14%), jak ukazuje graf č. 8.

Graf 8: Proškolení pedagogů v podpůrných terapiích



Názvy terapií a počet respondentů, kteří je vykazali, jsou zaznamenány níže v tabulce č. 18.

Tab. 18: **Proškolení v podpůrných terapiích**

Název	Počet respondentů
Bazální stimulace	24
AAK	14
Muzikoterapie	11
Orofaciální stimulace	9
Arteterapie	6
Polohování	5
Dramaterapie	4
Dotyková stimulace	3
SRT	3
Canisterapie	3
Masáže	2
Logopedická prevence	2
Bobath koncept	1
Ergoterapeutický výcvik	1
Aromaterapie	1
Taneční terapie	1
Bucofaciální stimulace	1
Poetoterapie	1
Instrumentální obohacování	1
DVPP dle zájmu	9
Podpůrné techniky-projekt ESF	2

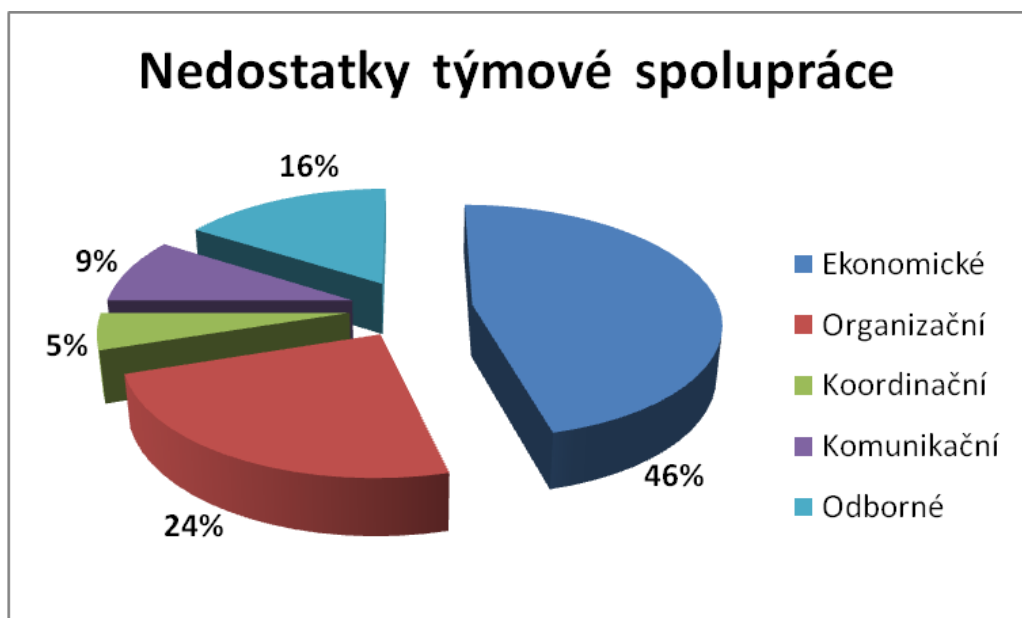
Z údajů v tabulce č. 18 je patrné nejvyšší využití bazální stimulace u 24 respondentů, alternativní a augmentativní komunikace u 14 dotázaných, muzikoterapie u 11 dotázaných, orofaciální stimulace u 9 respondentů. Ostatní metody byly zastoupeny okrajově.

V posledních dvou položkách, tj. položka č. 16 a 17, měli respondenti možnost vyznačit, napsat nedostatky, které v zajištění týmové spolupráce vidí, případně napsat návrhy na zlepšení. Z celkového počtu 44 respondentů se k dané problematice nevyjádřilo 12 respondentů. Názory ostatních, tj. 32 respondentů jsou zaznamenáno v tabulce č. 19.

Tab. 19: **Nedostatky v zajištění týmové spolupráce**

Oblast nedostatku	Obsah nedostatku	Počet respondentů
Ekonomické	Prostředky pro externí spolupráci	12
	Prostředky na pořízení spec. pomůcek	8
	Prostředky určené na DVPP	14
	Finančně náročné specializované kurzy	13
Organizační	Meziresortní spolupráce	5
	Časové-vytíženost externích odborníků	9
	Prostorové-prostory pro realizaci terapie	9
	Časová vytíženost odborníků-pedagogů	1
Koordinační	Jasná pravidla pro spolupráci	3
	Zvolení koordinátora týmu	1
	Vhodný, společný termín pro členy týmu	1
Komunikační	Podceňování a nepředávání informací	4
	Kompetenční spory mezi odborníky	4
	Podceňování školních logopedů klinickými	1
Odborné	Nedostatek speciálních pedagogů-logopedů	11
	Nepravidelné vedení terapie odborníkem	3
	Supervize při terapii NKS	2

Graf 9: **Nedostatky týmové spolupráce**



V grafu č. 9 jsou procentuálně znázorněny oblasti nedostatků týmové spolupráce, tak jak je uváděli respondenti. Výrazně převažují ekonomické nedostatky 46%, organizační nedostatky představovaly 24%, odborné 16%, komunikační nedostatky 9% a koordinační představovaly 9%.

Návrhy na zlepšení týmové spolupráce uvedli pouze 4 respondenti ze 44. Byly to následující návrhy:

- dostatek času mimo přímou práci kdy jsou přítomni všichni odborníci
- více specializovaných kurzů, obdobných jako logopedická prevence pro pedagogy
- najít způsob, jak přimět rodiče k návštěvě specialisty
- dostatek času na další speciálně pedagogickou činnost s žáky

8.8. Interpretace výsledků

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo provést analýzu aktuálního stavu realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků v ZŠS, zejména u žáků vzdělávaných podle dobíhajícího vzdělávacího programu Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy. Interpretaci získaných výsledky jsem rozdělila do pěti částí podle formulovaných výzkumných problémů.

1. Je výuka řečové výchovy, individuální logopedie v ZŠS odborně personálně zajištěna?

Řečovou výchovu personálně zajišťoval v 54% třídní učitel (speciální pedagog), speciální pedagog-logoped pak v 39%. Následná individuální logopedická péče (terapie narušené komunikační schopnosti) byla poskytována ve 35 dotázaných školách ze 44, tj. 80%. Indikací pro individuální logopedii byla ve 44,4% základní diagnóza žáka, což odpovídalo skladbě žáků, kdy narušená komunikační schopnost je symptomem dominantního postižení. Personálně byla zajištěna speciálním pedagogem na 19 školách (41%), klinickým logopedem na 18 školách (39%) a logopedem SPC na 9 školách (20%). Z výsledků dotazníkového šetření je patrné nadprůměrné posílení rozvoje komunikační schopnosti žáka formou individuální terapie, avšak odborné zajištění speciálním pedagogem-logopedem školy je mírně podprůměrné jak v řečové výchově, tak v individuální terapii. Důvodem byl nedostatek speciálních pedagogů-logopedů, 11 respondentů uvedlo nedostatek speciálních pedagogů-logopedů jako jeden z důvodů obtíží v realizaci týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti žáka. Zajištění individuální logopedické péče pak školy posilovaly klinickým logopedem, se kterým měly možnost externě spolupracovat.

2. Jak je v ZŠS realizována týmová spolupráce?

Týmová spolupráce v ZŠS byla pojímána u 40 škol pouze ve smyslu jednorázových sezení při tvorbě IVP, který obsahoval i terapii NKS. Týmovou spolupráci nerealizovaly 4 školy. Intenzivnější týmová spolupráce byla dotazníkovým šetřením zjištěna

u 20 respondentů. Účelnost týmových setkání byla zaměřena na diagnostiku, plánování terapií a hodnocení terapií s různou intenzitou a pravidelností, většinou pololetně, čtvrtletně.

Koordinátorem týmových setkání byl v 67,5% třídní učitel, což odpovídalo jedné z jeho kompetencí uvedených v kapitole 7.3.1.

Tým byl převážně složen z pedagogických pracovníků školy – třídní učitel, speciální pedagog-logoped, pracovník SPC při ZŠS, asistent pedagoga.

3. Účastní se týmové spolupráce odborníci ze zdravotnického resortu?

Složení týmu bylo odrazem možností školy externě spolupracovat s odborníky z resortu zdravotnictví. Jistou výhodou měly školy, které spolupracovaly s nestátním zdravotnickým zařízením, dětským centrem, integračním centrem nebo podobným zařízením sdružující odborné lékařské, nelékařské profese. Týmové spolupráce se pak účastnil fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped. Přesto byli odborní lékaři účastní v týmu pouze ve 2 případech a to ještě dle potřeby. Těžiště týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti tak zůstává na pedagogických pracovnících školy bez významné podpory odborných lékařů a supervize dalších odborníků.

4. Jsou rodiče žáka platnými členy týmu?

Dalším důležitým členem týmu byl rodič žáka, jehož přítomnost byla vykázána v 45%. V porovnání s výzkumem uvedeným v praktické části v podkapitole 7.2 došlo k posílení role rodiče ve vztahu ke škole jako partnera výchovného a to z pohledu ředitele školy. Snaha rodičů o spolupráci se školou byla znatelná i ve vyhodnocení předávání informací, pokud se rodiče nemohli účastnit týmového sezení nebo členy týmu nebyli. Aktivitou rodičů bylo zaručeno jednotné působení při stimulaci rozvoje komunikační schopnosti žáka. Pouze 3 respondenti uvedli nezájem rodičů o jakékoliv setkání, spolupráci.

5. Je týmová spolupráce účelná a intenzivní, ve smyslu podpory rozvoje komunikační schopnosti žáka v ZŠS?

Pro optimální rozvoj komunikačních schopností je důležitá návaznost podpůrných terapií, kterou ve skutečnosti nelze realizovat, jak uvedli respondenti. Limitem byl rozvrh vyučovacích hodin, časové nasmlouvání případných externích fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinických logopedů, počet žáků, kteří terapii potřebovali. U všech respondentů, kteří se k otázce vyjádřili, bylo působení odborníka zaznamenáno jako izolovaná terapie. Hlavní úkol týmové spolupráce – návaznost terapií, přímá spolupráce při činnosti se žákem, kooperace mezi odborníky nebyla naplněna.

Předávání informací mezi odborníky, kteří se žákem individuálně v průběhu dne pracovali, se podle vyhodnocení dotazníkové položky č. 14 jevílo jako funkční. Vzhledem k tomu, že odborníkem je i třídní učitel - speciální pedagog, byla propojenost terapií zajištěna alespoň formou informací.

Školy řešily nedostatek odborných pracovníků proškolením kmenových pedagogických pracovníků v terapiích, které byly využitelné u žáků se středně těžkým až těžkým mentálním postižením, vícečetným postižením pro rozvoj motoriky, komunikační schopnosti. Zároveň takto proškolení pedagogové mohli do určité míry „suplovat“ chybějící fyzioterapeuty, speciální pedagogy-logopedy.

Realizace týmové spolupráce u žáků v ZŠS při terapii narušené komunikační schopnosti tak, jak je uváděna v odborné literatuře např. podkapitola 2.3.2 teoretické části či kapitola 7, nebyla v dotazovaných školách realizována. Příčinou byly z velké části ekonomické nedostatky, které limitovaly spolupráci s externími spolupracovníky, možnost dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Dále pak organizační nedostatky, kdy vytíženost odborníků neumožňovala jejich spolupráci se školou, ale i nedostatky odborné – nedostatek speciálních pedagogů-logopedů, nepravidelné vedení terapie odborníkem.

9. Doporučení pro praxi – model týmové spolupráce

Z výzkumného šetření vyplývá, že dosavadní realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti žáka s kombinovaným postižením na ZŠS, tak jak je zmiňována v odborné literatuře, tzn. potřebné zastoupení odborníků, účelnost a intenzita vzájemné kooperace se ve školách realizuje v omezené míře. Důvodem jsou ekonomické a personální možnosti školy, nedostatek odborníků z resortu zdravotnictví externě spolupracujících se školou.

Příčinou nedostatků v realizaci týmové spolupráce může být i fakt, že není v odborné literatuře speciálně pedagogické (logopedické) blíže specifikována organizační struktura, podmínky a pravidla týmové spolupráce a vzájemné komunikace mezi jednotlivými členy týmu.

9.1. Model týmové spolupráce

Při návrhu modelu týmové spolupráce jsem vycházela z možností škol, které se manifestovaly ve výsledcích výzkumu, z vlastní praxe a současným trendem týmové spolupráce ve firmách a kaučování ve školní praxi.

Vytvořit multidisciplinární tým z externích odborníků, tak aby byl operativní, se jeví jako dlouhodobý, neřešitelný problém, proto jsem zvolila model interního týmu, jehož členy jsou speciální pedagogové školy, asistenti pedagoga, kteří pracují se žákem s kombinovaným postižením. Na základě zvyšování své odbornosti ve specializovaných kurzech mohou do potřebné míry nahradit speciálního pedagoga-logopeda a externí odborníky-fyzioterapeuta, ergoterapeuta, jak dokládá tabulka č. 18.

Výhodou interního týmu je zaručení pravidelné, intenzivní a návazné stimulace žáka, dále možnost každodenního pracovního kontaktu a komunikace mezi členy týmu, rychlé řešení vzniklých situací, kontakt a spolupráce s rodiči žáka.

Podíl lékařských odborníků na týmové spolupráci zůstává nezastupitelný ve fázi diagnostické. Nejde však o týmovou spolupráci v pravém slova smyslu.

Fáze diagnostická

Odborníci spolupracují s týmem v diagnostickém procesu, kdy stanovují základní diagnózu, doporučení stimulačních opatření. Tyto aktivity se odehrávají mimo prostory školy, jsou prováděny individuálně. Intenzita, účel odpovídá běžné praxi, předáváním informací jsou pověřeni rodiče.

Fáze stimulační

Tato fáze je podmíněna vznikem interního týmu složeného ze speciálních pedagogů školy, asistentů pedagoga, kteří absolvovali specializované akreditované kurzy využitelné při činnosti se žáky s kombinovaným postižením, např. bazální stimulace, míčkování, orofaciální regulační terapie, metody AAK.

9.1.1. Struktura týmu - týmové role, personální obsazení

Správné složení týmu, přijetí role v týmu a s tím související specifické činnosti směřující k dosažení stanoveného cíle, jsou předpokladem pro kvalitní a úspěšnou týmovou spolupráci.

Efektivita fungování týmu je podmíněna vzdáním se individuálních ambicí u jednotlivců a tak předejití kompetenčním sporům. Dále je důležité převzetí odpovědnosti nejen za prováděnou činnost, ale i vzájemnou kooperaci. Úroveň vzájemné důvěry posiluje úspěšnost týmové spolupráce.

Týmové role:

Počet členů týmu je závislý na personálních možnostech školy a na odbornosti speciálních pedagogů. Ve skutečnosti půjde o tým s malým počtem členů, je možné a pravděpodobné, že jeden člen týmu bude zastávat několik rolí současně.

Klíčové role:

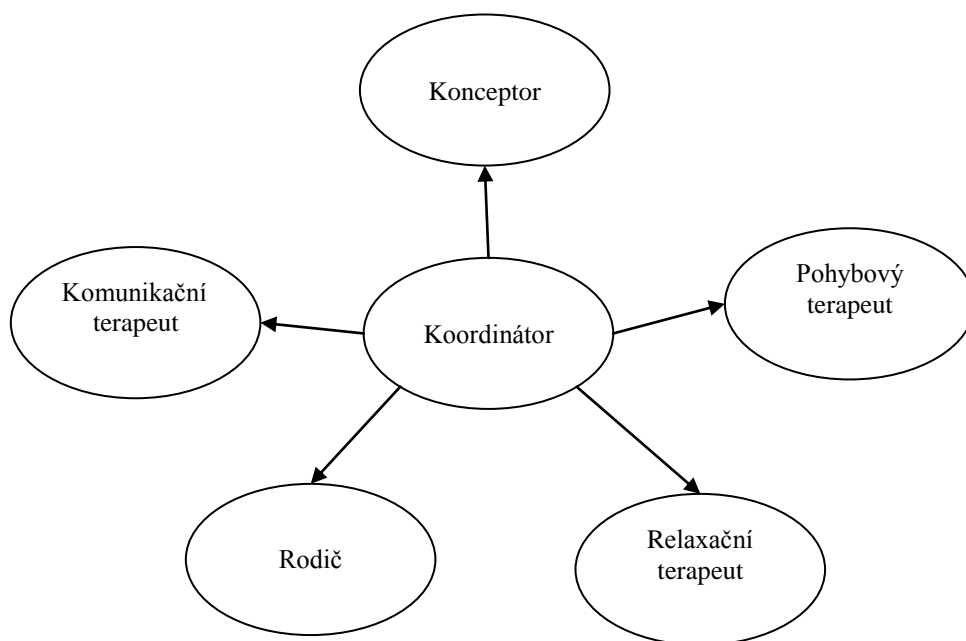
- **Koordinátor** – svolává a organizuje schůzku týmu
 - je v každodenním kontaktu s žákem, rodiči žáka, pedagogy
 - je schopný improvizace při náhle vzniklém problému
 - personálně obsazeno třídním učitelem

- **Konceptor** - stanoví a vysvětlí členům týmu základní cíl a smysl společného působení
 - provádí speciálně pedagogickou, logopedickou diagnostiku
 - navrhuje terapeutický postup
 - personálně obsazeno speciálním pedagogem-logopedem školy (logopedem SPC, který se školou spolupracuje)
 - instruuje komunikačního specialistu, zajišťuje supervizi, pokud nemůže pracovat se žákem každý den

Úkolové role:

- **Terapeut:** člen týmu (speciální pedagog, asistent pedagoga), který je zaměřený na určitou odbornou oblast stimulace na základě absolvování specializovaného akreditovaného kurzu. Tento typ role je potřeba dále diferencovat podle zaměření její činnosti.
 - **pohybový terapeut:** ovládá např. základy bazální stimulace, dechové gymnastiky, míčkování, polohování. Má zájem o rozšiřování svých znalostí a dovedností v oboru. Zastává v omezené míře funkci fyzioterapeuta. Personálně obsazeno speciálním pedagogem, asistentem pedagoga, který absolvoval potřebný specializovaný akreditovaný kurz
 - **komunikační terapeut:** ovládá techniky AAK využitelné u žáka s kombinovaným postižením; je schopen používat např. prvky orofaciální stimulace pro nácvik polykání, kousání. Pokračuje v rozvoji komunikační schopnosti dle pokynu konceptora v průběhu školního týdne. Personálně obsazeno speciálním pedagogem, který vyučuje řečovou výchovu.
 - **relaxační terapeut:** realizuje činnosti související s relaxací např. činnosti v psychorelaxačním koutu, snoezelenu; aplikuje prvky muzikoterapie. Personálně obsazeno speciálním pedagogem, asistentem pedagoga, který je schopný aplikovat prvky muzikoterapie (nabídka kurzů je velmi omezená).

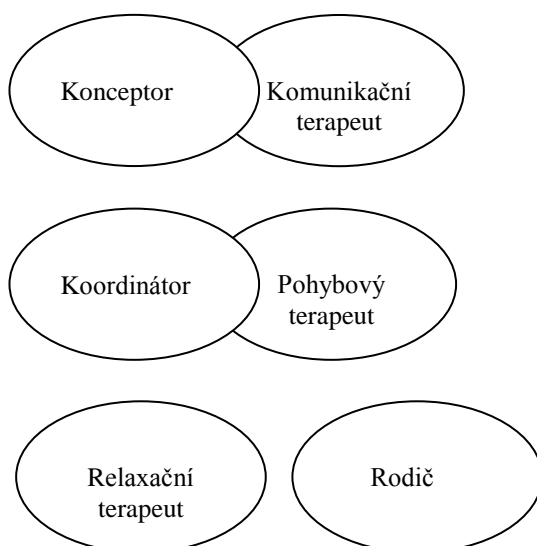
Obr. 5: **Struktura týmu**



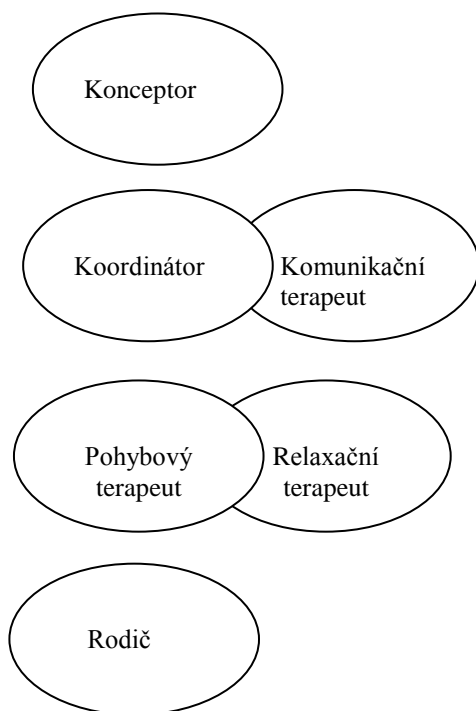
Prolínání rolí

U malého týmu, jaké lze předpokládat ve škole, je možné a pro zachování efektivity týmu potřebné, zaujmout více rolí jedním členem týmu. V obrázcích jsou znázorněny možné varianty.

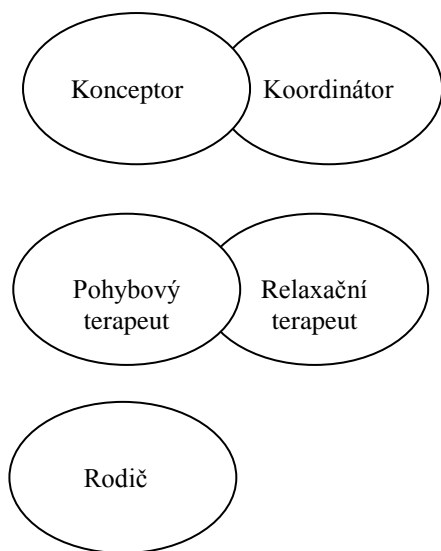
Obr. 6: **Prolínání rolí – varianta 1**



Obr. 7: **Prolínání rolí – varianta 2**



Obr. 8: **Prolínání rolí – varianta 3**



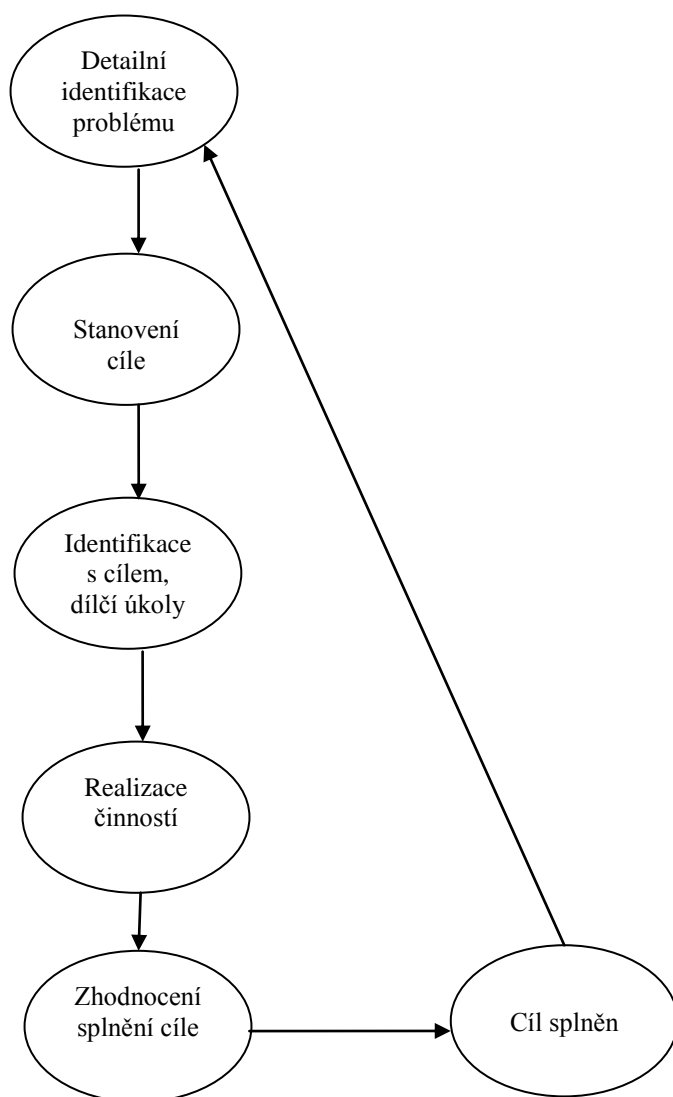
Při prolínání rolí je třeba respektovat náplň činností té dané role, při aktivitě se žákem dodržovat posloupnost terapeutických technik. Zároveň je důležité mít na paměti, že přemíra stimulů může způsobit nezáměr a apatii žáka. U pedagogů-terapeutů

je třeba dbát na dodržení času při činnostech (maximálně 20 minut) z důvodu prevence přetížení pedagoga, vzniku syndromu vyhoření.

9.1.2. Etapy týmové spolupráce

Týmová spolupráce probíhá v etapách, které na sebe navazují a vyžadují spolupráci všech členů týmu.

Obr. 9: Etapy týmové spolupráce



- Detailní identifikace problému: vychází z výsledků diagnostické fáze, se zaměřením na obtíže vzniklé ve vztahu ke komunikační schopnosti žáka.
- Stanovení cíle: správně stanovený cíl má vliv na volbu metod, podpůrných opatření a motivaci členů při jeho dosažení. Podpora rozvoje žáka s kombinovaným postižením vyžaduje soulad, kooperaci všech členů týmu, tudíž by měl být cíl kooperativní. Jednotlivé činnosti na sebe navazují, členové týmu jsou na sobě závislí, vzájemně si radí, pomáhají.

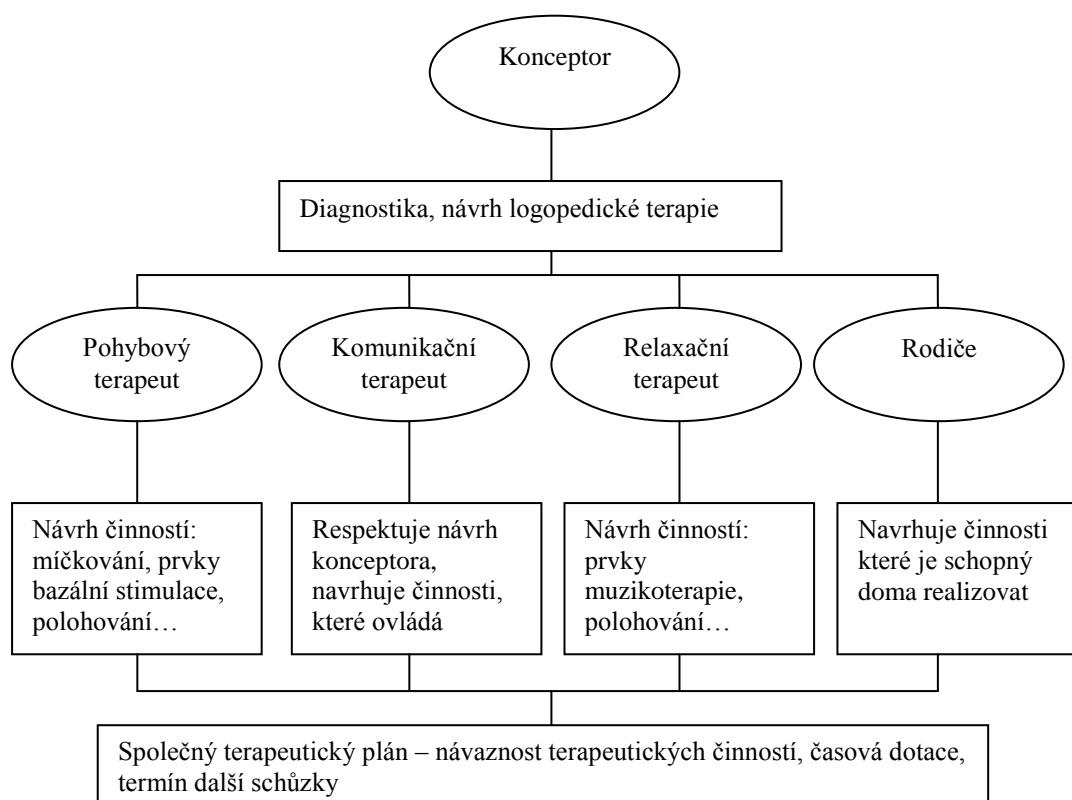
Cíl by měl splňovat i určitá kritéria:

- **K**ontrolovatelný
- **A**kceptovatelný
- **R**eálný
- **A**mbiciózní
- **T**ermínovaný

Zkratka KARAT, přejato z publikace L. Kolajové, 2006, s. 24.

- Identifikace s cílem, stanovení dílčích úkolů: jednotliví členové týmu na společné schůzce stanovený cíl přijímají a navrhuji vlastní opatření vyplývající z jejich týmové role, která povedou ke splnění cíle. Výstupem je vytvoření krátkodobého terapeutického plánu, který je součástí IVP.
Pro konstrukční řešení problému je vhodné využít techniku brainstorming, která umožňuje řešení problému v krátkém čase, dává prostor pro vyjádření všem členům týmu.

Obr. 10 Modelová situace



- Realizace činností: jednotlivá stimulační cvičení jsou prováděna v průběhu školního dne v optimální posloupnosti (navození klidové polohy, uvolnění spasmů, dechová cvičení, prvky orofaciální regulační terapie, stimulace polykání; relaxace). Zároveň jsou instruováni i rodiče žáka, kteří stimulační cvičení provádí v domácím prostředí.
- Zhodnocení splnění cíle: setkání všech členů, kteří hodnotí úspěšnost zvolených stimulačních technik, splnění stanoveného cíle ve stanoveném čase.

9.1.3. Komunikace v týmu

Nezbytností je předávání informací o průběhu činností se žákem mezi členy týmu. Do záznamového listu žáka (příloha 3), který je přístupný edukátorům-terapeutům, jsou zaznamenávány informace z průběhu terapie, důležité pro zhodnocení stanovených postupů. Rodiče sdělují své poznatky z prováděné stimulace koordinátorovi-třídnímu učiteli ústně při doprovodu žáka do školy/ze školy, na pravidelných schůzkách týmu při hodnocení plnění stanovených úkolů. Třídní učitel informace od rodičů zaznamenává do záznamového listu žáka.

Při terapeutickém působení je nutné dodržení spolupráce se žákem ve smyslu obousměrné komunikace pedagog-žák s dodržáním individuálních komunikačních „stereotypů“. Žák je platným členem týmu, který svým chováním, reakcemi, komunikací podává zpětnou vazbu terapeutovi při jeho působení.

Závěr

Současná doba je dobou komunikace, kdy je možné díky rozvoji komunikačních technologií, internetových sociálních sítí navázat kontakt s komunikačním partnerem z jiného státu, světadílu, vytvořit si skupinu komunikačních přátel. Z psychologického hlediska je tak zvládnuta potřeba komunikační kompetence jedince, tzn. schopnost účastníka komunikace použít příslušné soustavy pravidel potřebné ke komunikaci.

Jedinec s těžkým postižením může být považován z psychologického hlediska za nekompetentního, protože použití příslušné soustavy pravidel je limitováno rozsahem jeho postižení. V logopedii je tato „nekompetence“ označována jako narušená komunikační schopnost. Diagnostika i terapie narušené komunikační schopnosti je velmi náročná a vyžaduje spolupráci logopeda, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga, rodiče, odborného lékaře, případně dalších osob, které se žákem pracují. Podstata týmové spolupráce a složení týmu není konstantní, ale mění se v průběhu vývoje dítěte podle stupně postižení, míry a typu podpůrných opatření.

Analýza současné realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků v základní škole speciální byla hlavním cílem výzkumného šetření rigorózní práce. Dotazníkové šetření bylo provedeno celorepublikově, osloveno bylo 77 ZŠS, návratnost dotazníků byla 57% tj. 44 škol.

Z výsledků šetření vyplynulo, že týmová spolupráce při terapii narušené komunikační schopnosti tak, jak je uváděna v teoretické části, nebyla ve zúčastněných školách realizována. Hlavními důvody byly omezené ekonomické možnosti škol, nedostatek odborných terapeutů, ale i speciálních pedagogů logopedů, izolované praktikování terapií bez návaznosti. Ukazatelem nedostatku speciálních pedagogů-logopedů je průměrné personální zajištění řečové výchovy a individuální logopedie v ZŠS.

Na druhou stranu je potřeba kladně ohodnotit předávání informací mezi jednotlivými odborníky, kteří se žáky individuálně pracují. Informace byly předávány převážně ústně na plánované schůzce nebo formou záznamového listu. Nelze opomenout ani spolupráci rodičů, kteří jsou důležitými členy týmu. Téměř polovina rodičů žáků z dotazovaných škol je ve vztahu ke škole v roli výchovných partnerů,

důležité informace o dítěti jsou ochotni sdílet s ostatními odborníky, pedagogy, kteří s dítětem pracují.

Členy týmu, kromě rodičů, byli v převážné většině škol třídní učitelé, speciální pedagogové-logopedi (28 škol), pracovníci SPC (22 škol) a dle potřeby i ředitel školy, asistent pedagoga, vychovatel. Fyzioterapeuti, ergoterapeuti, kliničtí logopedi byli účastni většinou ve spojitosti spolupráce školy s nestátním zdravotnickým zařízením, integračním centrem. Hlavní těžiště týmové práce, rozvoj komunikační schopnosti žáka tak zůstává na pedagogických pracovnících školy.

Pro naplnění účelnosti týmové spolupráce, tj. návaznost terapií, které stimulují jak řečový tak motorický vývoj žáka, byla navržena týmová spolupráce vycházející z personálních možností školy s využitím proškolení v podpůrných terapiích.

Resumé

Téma rigorózní práce je zaměřeno na problematiku týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s vícečetným postižením v základní škole speciální.

V teoretické části práce je vymezena podstata komunikace a její funkce, narušená komunikační schopnost a strategie při terapii, využitelnost terapeutických metod v logopedii. Následuje část, která se zaměřuje na definování pojmu žák s kombinovaným postižením, podmínky a cíle edukace se zaměřením na rozvoj komunikační schopnosti. Poslední kapitola teoretické části popisuje podstatu týmové spolupráce v jednotlivých věkových obdobích dítěte, role rodičů ve vztahu ke škole, kompetence členů týmu, typy týmové spolupráce užívané v praxi.

V praktické části je podrobně popsán pedagogický výzkum, jehož cílem byla analýza současné realizace týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u výše zmíněných žáků. Výzkumné šetření proběhlo ve školním roce 2010-2011 na vybraných základních školách speciálních v ČR.

Na základě analýzy získaných výsledků, zkušeností z praxe a informací získaných na studijních návštěvách ve vybraných školách byl vytvořen návrh týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s kombinovaným postižením ve škole, která nemá možnost spolupracovat s potřebnými externími odborníky.

Summary

The Rigorous Thesis is focused on the teamwork on development communication ability of children with multiple disabilities in special elementary schools.

The basis and function of the communication, disturbed communication ability and strategy during the therapy, and use of therapeutic methods in logopaedics are outlined in the beginning of the theoretical part of the thesis. This part is followed by definition of the term pupil with multiple disability, and the conditions and objectives of education focused on development of communication abilities. The last chapter of the theoretical part describes the nature of teamwork in individual age periods of the child, the role of parents in relation to school, competence of team members, and types of teamwork used in practice.

The practical part describes in detail pedagogical research, whose aim was the analysis of the current implementation of teamwork on developing communication abilities of the above-mentioned pupils. The survey was carried out in selected special elementary schools in the Czech Republic in the school year 2010-2011.

Experience from practice and information acquired during study visits in selected schools served as basis for the analysis of the results, leading to the proposal of the implementation of teamwork on developing communication ability of children with multiple disability in school, which has no opportunity to cooperate with external experts.

Seznam použité a citované literatury

Bartoňová, M., Vítková, M.: *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Paido, Brno 2007. ISBN 978-80-7315-158-4

Gavora, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido, Brno 2010. ISBN 978-80-7315-0

Hájková, V. a kol.: *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Somatopedická společnost, o. s., Praha 2009. ISBN 978-80-904464-0-3

Horská, V.: *Koučování ve školní praxi*. Grada Publishing, a.s., Praha 2009. ISBN 978-80-247-2450-8

Jankovský, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. TRITON, Praha 2006. ISBN 80-7254-730-5

Janovcová, Z.: *Alternativní a augmentativní komunikace*. MU, Brno 2003, ISBN 80-210-3204-9

Kábele, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. UK Praha 1988

Klenková, J.: *Kapitoly z logopedie I*. Paido, Brno 2000. ISBN 80-85931-88-5

Klenková, J.: *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Paido, Brno 2000. ISBN 80-85931-91-5

Kolajová, L.: *Týmová spolupráce*. Grada Publishing, a.s., Praha 2006. ISBN 80-247-1764-6

Kubová, L.: *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. TECH-MARKET, Praha 1996. ISBN 80-902134-1-3

Kraus, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. GRADA Publishing, a.s., Praha 2005. ISBN 80-247-1018-8

Krejčířová, O. a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Eteria, Praha 2002. ISBN 80-238-8729-7

Lechta, V. at al.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál, Praha 2003. ISBN 80-7178-801-5

Lechta, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Portál, Praha 2002. ISBN 80-7178-572-5

Lejska, M.: *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Paido, Brno 2003. ISBN 80-7315-038-7

Mareš, J., Křivohlavý, J.: *Komunikace ve škole*. MU, Brno 1995. ISBN 80-210-1070-3

Mareš, J., Křivohlavý, J.: *Sociální a pedagogická komunikace ve škole*. SPN Praha 1989. ISBN 80-04-21854-7

Monatová, L.: *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dítěte*. Paido, Brno 2000, ISBN 80-85931-86-9

Morales, R.: *Orofaciální regulační terapie*. Portál, Praha 2006. ISBN 80-7367-105-0

Müller, O. a kol.: *Terapie ve speciální pedagogice. Teorie a metodika*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3

Opatřilová, D.: *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. MU, Brno 2008. ISBN 978-80-210-3819-6

Opatřilová, D.: *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. MU, Brno 2005, ISBN 80-210-3819-5

Opatřilová, D. (ed.): *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. MU, Brno 2006. ISBN 80-210-3977-9

Pipeková, J. et al.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Paido, Brno 2010. ISBN 978-80-7315-198-0

Rabušicová, M., Šed'ová, K., Trnková, K., Čiháček, V.: *Škola a /versus/ rodina*. MU, Brno 2004. ISBN 80-210-3598-6

Renotierová, M., Ludíková, L. a kol.: *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého, Olomouc 2006. ISBN 80-244-1475-9

Sovák, M.: *Nárys speciální pedagogiky*. SPN, Praha 1986.

Sroková, E., Vavrošová, D.: *Speciálně pedagogická diagnostika ve školní praxi*. MONTANEX, a.s., Ostrava-mariánské Hory 2004. ISBN 80-7225-143-0

Škodová, E., Jedlička, I. a kol.: *Klinická logopedie*. Portál, Praha 2003. ISBN 8-7178-546-6

Vančová, A.: *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Sapiencia, Bratislava 2001. ISBN 80-967180-7-X

Vítková, M. (ed.): *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I*. IPPP ČR, Praha 2001

Vodičková, R.: *Synergická reflexní terapie (SRT) a její využití v oblasti speciální pedagogiky*. In Komplexní péče o žáka s kombinovanou vadou. Sborník příspěvků z konference. Pedagogická fakulta UK v Praze, 2006

Vybíral, Z.: *Psychologie lidské komunikace*. Portál Praha 2000. ISBN 80-7178-291-2

Vyhláška 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

RVP pro obor vzdělání základní škola speciální. VÚP Praha, 2008

Věstník MŠMT ČR č.8 ze srpna 1997 pod č.j. 25602/97-22

Internetové zdroje

Destkarehabilitace.cz-metodiky-kabatova metoda [online]. [cit 2010-8-12]. Dostupné na <http://www.detskarehabilitace.cz/cz/metodiky/kabatova-metoda>

Míčkování.

[online].[cit 2010-4-15].Dostupné na <http://www.mickovani.wz.cz/index.php?rub=omoc>

MŠMT. Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školách. [online] [cit 2011-2-5]. Dostupné na <http://www.msmt.cz/socialni-programy/dokumenty-6>

Popis týmové práce v JÚŠ. [online]. [cit 2011-2-20]. Dostupné na <http://www.jus.cz/tymova-prace?p=3>

Sbírka zákonů č. 424/2004 ČR [online] 2006. [cit 2010-10-11]. Dostupné na <http://www.csfm.cz/userfiles>

<http://www.firmy.cz/Instituce-a-urady/Vzdelavaci-institute/Zakladni-skoly/>

<http://www.atlasskolstvi.cz/>

Seznam obrázků

Obr. 1	Komunikační bariéry a zpětná vazba	14
Obr. 2	Vývoj komunikace	55
Obr. 3	Spolupráce pracovního týmu v rámci IVP	73
Obr. 4	„Kruhová“ péče	87
Obr. 5	Struktura týmu	121
Obr. 6	Prolínání rolí – varianta 1	121
Obr. 7	Prolínání rolí – varianta 2	122
Obr. 8	Prolínání rolí – varianta 3	122
Obr. 9	Etapy týmové spolupráce	123
Obr. 10	Modelová situace	125

Seznam tabulek

Tab. 1	Rámcový učební plán situace	51
Tab. 2	Rozdíly v rodičovských rolích podle typu školy (v pohledu ředitelů, v %) ...	78
Tab. 3	Rozdíly v rodičovských rolích podle typu školy (v pohledu rodičů, v %)	78
Tab. 4	Asistence rodičů ve třídě (z odpovědí ředitelů)	79
Tab. 5	Asistence rodičů při terapii (z odpovědí ředitelů)	80
Tab. 6	Výběrový soubor	90
Tab. 7	Personální zajištění řečové výchovy v ZŠS	94
Tab. 8	Poskytování individuální logopedické péče na škole	96
Tab. 9	Personální zajištění individuální logopedické péče v krajích	98
Tab. 10	Indikace pro individuální terapii narušené komunikační schopnosti	99
Tab. 11	Realizace týmového sezení při vytváření IVP-součástí je terapie NKS	100
Tab. 12	Účelnost a frekvence schůzek týmu	102
Tab. 13	Složení týmu	104
Tab. 14	Spolupráce s rodiči – předávání informací	106
Tab. 15	Externí pracovníci školy	107
Tab. 16	Návaznost stimulačních terapií v průběhu školního dne, týdne	109
Tab. 17	Způsob předávání informací mezi odborníky, kteří se žákem pracují	110
Tab. 18	Proškolení v podpůrných terapiích	112
Tab. 19	Nedostatky v zajištění týmové spolupráce	113

Seznam grafů

Graf 1	Podíl žáků vzdělávaných v uvedených vzdělávacích programech	91
Graf 2	Personální zajištění řečové výchovy	95
Graf 3	Porovnání poskytování individuální logopedické péče	97
Graf 4	Procentuální vyjádření personálního zajištění logopedické péče	99
Graf 5	Koordinátor týmového sezení	101
Graf 6	Zapojení rodičů do týmové spolupráce	105
Graf 7	Možnost spolupráce školy s externími odborníky	108
Graf 8	Proškolení pedagogů v podpůrných terapiích	111
Graf 9	Nedostatky týmové spolupráce	113

Seznam příloh

Příloha č.1	Seznam zúčastněných škol	138
Příloha č.2	Dotazník pro ředitele	149
Příloha č.3	Návrh záznamového listu	144

Příloha č. 1

Kraj	Název školy	Adresa školy
Praha	ZŠS a MŠ spec. Modrý klíč	Smolkova 567/2, 142 00 Praha 4
	ZŠS Starostrašnická, Praha 10	Starostrašnická 45, 100 00 Praha 10
	ZŠ Zahrádka Praha 3	U Zásobní zahrady 8/2445, 130 00 Praha 3
	MŠ a ZŠS Diakonie ČCE	V Zápolí 1250/21, 141 00 Praha 4
Karlovarský	ZŠ prakt. A ZŠS Kraslice	Opletalova 1121, 358 01 Kraslice
	ZŠ prakt., ZŠS a ZUŠ Habartov	Komenského 312, 357 09 Habartov
	ZŠ prakt., ZŠS Horní Slavkov	Poštovní 654, 357 31 Horní Slavkov
	ZŠ prakt. ZŠS Chodov	Nejdecká 254, 357 35 Chodov
Plzeňský	ZŠ a OŠ Horšovský Týn	Nádražní 89, 346 01 Horšovský Týn
	ZŠS DČCE Merklín	Husova 346, 334 52 Merklín
	ZŠ a MŠ Tachov	Petra Jilemnického 1995, 347 01 Tachov
Ústecký	Speciální ZŠ a MŠ Teplice	U Červeného kostela 110, 415 02 Teplice
	ZŠS Litvínov	Šafaříkova 991, 436 01 Litvínov
Liberecký	ZŠ Jablonec n. Nisou, Liberecká	Liberecká 1734/31, Jablonec nad Nisou
	ZŠ a MŠ pro těles. postiž., Liberec	Lužická 920/7, 460 01 Liberec 1
	ZŠ prakt. a ZŠS Frýdlant	Husova 784, 464 01 Frýdlant
	ZŠS a MŠS Turnov	Kosmonautů 1641, 511 01 Turnov
Středočeský	ZŠS Mladá Boleslav	Václavkova 950, 293 01 Mladá Boleslav
	ZŠ Poděbrady, U Bažantnice	U Bažantnice 154, 290 01 Poděbrady
	ZŠ prakt., ZŠS a MŠS Kladno	Pařížská 2199, Kladno 2
	Soukr. MŠ, ZŠ a ŠS Slunce Stochov	Hornická 410, 273 51 Stochov
Pardubický	Spec. MŠ, ZŠ, PrŠ Moravská Třebová	Komenského 287, 571 01 Moravská Třebová
	ZŠ speciální Lanškroun	Olbrachtova 206, 563 01 Lanškroun
	Speciální ZŠ Žamberk	Nádražní 468, 564 01 Žamberk
	ZŠS Bystré	Zámecká 1, 569 92 Bystré
Královéhradecký	ZŠ a MŠ Prointepo, Hradec Králové	Hrubínova 1458, 500 02 Hradec Králové 2
	MŠ, ZŠ a prakt. škola Daneta	Nerudova 1180, 500 02 Hradec Králové
	ZŠS NONA, Nové Město n. Metují	Rašínova 313, 549 01 Nové Město nad Metují
Jihočeský	MŠ speciální a ZŠS Světluška	U Jeslí 198/13, 370 01 České Budějovice
	MŠ, ZŠ a Prakt.škola Diakonie ČCE	Mrázkova 700/III, 392 01 Soběslav
Vysočina	ZŠ a PrŠ Velké Meziříčí	Poštovní 1663/3, 594 01 Velké Meziříčí
	ZŠS a PrŠ Černovice	Dobešovská 1, 394 94 Černovice
	ZŠS a PrŠ Jihlava	Březinova 31, 586 01 Jihlava
Jihomoravský	MŠ spec., ZŠS a Prak. škola ELPIS	Koperníkova 2/4, 615 00 Brno
	MŠ spec., ZŠS a Prak. škola Brno	Ibsenova 1, 615 00 Brno
	ZŠS Blansko	Žižkova 27, 678 01 Blansko
	MŠ spec., ZŠS, PrŠ a DD, Vřesovice	Vřesovice 243, 696 48 vřesovice
Olomoucký	Stř. škola, ZŠ, MŠ Jistota, Prostějov	Tetín 1, 796 01 Prostějov
	ZŠS Jasněnka, Uničov	Jiráskova 772, 783 91 Uničov
	ZŠ a MŠ Mohelnice	Masarykova 4, 789 85 Mohelnice
Zlínský	ZŠ a MŠ spec. Kroměříž	F. Vančury 3695, 767 01 Kroměříž
	ZŠ prak.a ZŠS Zlín	Středová 4694, 760 05 Zlín
Moravskoslezský	ZŠS pro žáky s více vadami, Ostrava	Železárenská 885/5, 709 00 Ostrava-Mariánské Hory
	Soukromá ZŠ a MŠ, Ostrava-Zábřeh	Volgogradská 2633/2, 700 30 Ostrava-Zábřeh

Dotazník pro ředitele ZŠ speciální (případně spec.pedagoga-logopeda)

Vážená paní ředitelko/pane řediteli,
dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku. Veškeré údaje v dotazníku obsažené, budou sloužit výhradně pro potřeby výzkumu v mé rigorózní práci, která se týká problematiky týmové spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků s kombinovaným postižením v ZŠS.

U jednotlivých položek vyznačte prosím vhodnou odpověď, popř. doplňte vlastní odpověď. Řádky v tabulkách je možné přidat.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Mgr. Jana Melicharová

1. Základní údaje o škole

Název:

Adresa, e-mail:

Zřizovatel:

2. Do tabulky vyplňte počet a odbornost zaměstnanců v ZŠ speciální (i externí spolupracovníky).

Administrativní pracovníky neuvádějte.

Druh pracovního poměru (ZS, DPP)	Odbornost , dosažené vzdělání (u sppg uveďte všechny odbornosti-SZZ)

3. Zapište vzdělávací programy a počet žáků v ZŠS, kteří jsou podle nich vzděláváni.

Vzdělávací program	Počet vzdělávaných žáků

4. Výuku řečové výchovy ve třídě personálně zajišťuje speciální pedagog-logoped.

- ☐ Ano
☐ Nenapíšte, kdo vyučuje.....

5. Poskytujete v rámci školy individuální logopedickou péči (terapii narušené komunikační schopnosti)?

- ☐ Ano
☐ Ne

6. Stručně napište co je určující pro indikaci individuální logopedie ve Vaší škole.

.....

7. Kdo odborně zajišťuje individuální logopedii?

- ☐ speciální pedagog-logoped školy
☐ speciální pedagog-logoped SPC
☐ klinický logoped

8. Realizujete týmová sezení při vytváření individuálního plánu (součástí je terapie narušené komunikační schopnosti)?

- ☐ Ano
☐ Ne

9. Vyznačte účastníky týmového sezení:

- ☐ speciální pedagog-logoped (individuální logopedie)
- ☐ třídní učitel
- ☐ rodiče žáka
- ☐ psycholog
- ☐ sociální pracovníce
- ☐ pracovník SPC
- ☐ klinický logoped
- ☐ fyzioterapeut
- ☐ ergoterapeut
- ☐ rehabilitační lékař
- ☐ neurolog
- ☐ foniatr
- ☐ pediater
- ☐ jiní

10. Napište kdo je koordinátorem týmového sezení.

.....

11. Pokud se rodiče sezení neúčastní, jakým způsobem je vedena spolupráce (vzájemné předávání informací)?

- ☐ na třídních schůzkách
- ☐ při doprovodu dítěte do školy, ze školy
- ☐ individuální schůzka v plánovaném čase
- ☐ jiný způsob.....
- ☐ rodiče nespolupracují

**12. Zapište do tabulky přibližný čas a frekvenci u jednotlivých typů schůzek týkající se
1 žáka (např. 1hod/6měsíců).**

Diagnostická sezení	Plánování terapie	Hodnocení úspěšnosti terapie

13. Do tabulky запиšte rozvržení individuálních terapií v průběhu školního dne, týdne.

Počet specialistů lze doplnit podle potřeby.

Odborník	pondělí	úterý	středa	čtvrtek	Pátek
<i>Př. Spec.ped.-logoped</i>		8-8,30		9-9,30	
Spec.ped.-logoped					
Fyzioterapeut					
Ergoterapeut					
Psycholog					

14. Jakým způsobem jsou předávány informace mezi jednotlivými odborníky, kteří se žákem individuálně pracují?

- ☐ Společný záznamový list pro všechny úkony.
- ☐ Každý odborník má speciální záznamový list pro daného žáka, zakládá jej do spisu žáka (přístupný všem odborníkům).
- ☐ Každý odborník má speciální záznamový list pro daného žáka, do spisu jej nezakládá. Informace předává ústně při sezení týmu.
- ☐ Každý odborník má speciální záznamový list, který do spisu nezakládá. Informace nejsou předávány ani verbálně.

15. Mají (měli) speciální pedagogové školy možnost proškolení v podpůrných terapiích?

- ☐ Ne
- ☐ Ano.....uveďte v jakých.....
.....
.....

16. Ve které oblasti zajištění týmové spolupráce vidíte nedostatky?

Vyznačte nebo doplňte jinou odpověď.

Ekonomické:

- ☐ finanční prostředky pro externí spolupráci
- ☐ finanční prostředky na pořízení speciálních pomůcek
- ☐ finanční prostředky určené na DVPP
- ☐ finančně náročné specializované kurzy

.....
.....

Organizační:

- ☐ meziřesortní spolupráce
- ☐ časové–vytíženost externích odborníků neumožňuje spolupráci v potřebném rozsahu
- ☐ prostorové – dostatečné prostory pro realizaci individuálních terapií

.....

Koordinační

- ☐ jasně stanovená pravidla pro vzájemnou spolupráci
- ☐ zvolení koordinátora týmu

.....

Komunikační:

- ☐ podceňování a nepředávání důležitých informací o žákovi
- ☐ kompetenční spory mezi odborníky

.....

Odborné

- ☐ nedostatek speciálních pedagogů -logopedů
- ☐ nepravidelné vedení terapie odborníkem
- ☐ supervize při terapii narušené komunikační schopnosti

.....

17. Zde můžete napsat Vaše návrhy na zlepšení týmové spolupráce.

Děkuji za spolupráci.

Záznamový list žáka

Jméno:.....**Datum narození:**.....**Třída:**.....

Základní lékařská diagnóza:.....

.....

Zjištěné obtíže:.....

.....

.....

Zaznamenáno dne:.....

Logopedické vyšetření - závěr :.....

.....

	Pohybový terapeut	Komunikační terapeut	Relaxační terapeut	Rodič
Návrh terapie				
Datum (den prováděné terapie)	Průběh terapie (pouze podstatné informace-úroveň spolupráce, reakce na stimulaci, možné obtíže, zlepšení obtíží atd.)			

Počet řádků odpovídá počtu terapeutických dnů.

Schůzka týmu (zhodnocení terapií-doporučení dalšího postupu):.....

.....

.....

Datum:

Podpisy zúčastněných:

Katalogizační popis

Jméno autora: Mgr. Jana Melicharová, DiS.

Název práce: Týmová spolupráce při rozvoji komunikační schopnosti u žáků
s kombinovaným postižením v základní škole speciální

Rok: 2011

Počet stran bez příloh: 137

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů citované a použité literatury: 34

Počet internetových zdrojů: 7